111058

almanahul sănătății

1976

EDITURA MEDICALĂ

1939

IUL 2005

97

I 11058

-- DLL 2014

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

1976

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

EDITURA MEDICALĂ

28423

TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU

secretar general al Partidului Comunist Român,
președintele Republicii Socialiste România

ÎN SPRIJINUL SĂNĂTĂȚII POPORULUI

„Medicina este într-adevăr o profesiune, dar nu este o profesiune ca toate celelalte. Ea cere nu numai multă pricepere, ci și multă dragoste pentru om, multă omenie, pasiunea de a te dedica sănătății oamenilor".

NICOLAE CEAUȘESCU

Anul 1976, primul an al cincinalului 1976—1980, este și trebuie să fie un prilej, pentru fiecare cetățean conștient, de a face bilanțul realizărilor obținute în cincinalul trecut, precum și de a studia cu toată atenția planul de dezvoltare a economiei naționale pentru noul cincinal.

Documentele Congresului al XI-lea al Partidului Comunist Român cuprind o analiză lucidă, fondată pe baze științifice, a metodelor de creștere a potențialului economic, social și cultural. Ele trasează sarcinile ce revin fiecărui sector de activitate avînd ca scop final ridicarea tuturor cetățenilor pe o treaptă superioară de bună stare materială și spirituală.

Cincinalul 1976—1980 are o importanță covîrșitoare în procesul de desăvîrșire a societății noastre socialiste multilateral dezvoltate. Progresul impetuos și continuu în toate domeniile de activitate — economic, social, material, spiritual — se reflectă și asupra sectorului sanitar. Lărgirea și perfecționarea rețelei sanitare este înscrisă la loc de frunte în programul partidului nostru.

Așa cum se arată în Programul partidului „Medicina românească va trebui să-și propună cunoașterea mai aprofundată a fenomenelor biologice legate de acomodarea ființei umane la viața modernă, de frînare a proceselor degenerative ale organismului uman și de prelungire a duratei vieții active a omului, de dezvoltare sănătoasă, echilibrată, fizică și psihică a tuturor membrilor societății".

Populația țării noastre se apropie de 21 milioane ; la sfîrșitul cincinalului al XI-lea va depăși 25 milioane. Media de viață este în jur de 69 de ani. Replica acestor constatări, pe plan organizatoric, se va traduce atît prin creșterea capacității unităților sanitare și a personalului care veghează asupra sănătății, cît și prin mobilizarea tuturor forțelor medicale pentru traducerea în viață a hotărîrilor de partid și de stat în ceea ce privește perfecționarea asistenței medicale în țara noastră în contextul noilor dimensiuni psihologice, sociale și chiar culturale ale medicinei.

Este necesară în continuare îmbunătățirea calității activității medico-sociale în dispensare, policlinici, spitale, centre medicale, unități farmaceutice, atît prin perfecționarea industriei medicale, cît și prin continuarea specializării cadrelor medicale pentru a face față exigențelor populației, în noul context al revoluției tehnico-științifice.

Progresul în domeniul teoriei și tehnicii medicale impune în continuare o înzestrare corespunzătoare a laboratoarelor, conform exigențelor

actuale. Utilizarea izotopilor radioactivi reprezintă un salt calitativ în problemele legate de nutriție, metabolism, boli endocrine, sanguine, intestinale, renale, hepatice. Serviciile și cabinetele medicale profilate pe specialități restrînse este necesar să fie la înălțimea cerințelor calitative și cantitative în ceea ce privește diagnoza și prognoza.

În scopul amplificării și perfecționării rețelei sanitare, se vor construi în acest cincinal 45 spitale noi de mare capacitate însumînd circa 24 000 paturi, peste 250 dispensare care se adaugă celor 4 000 existente, 41 policlinici, 400 cabinete de stomatologie. Se vor crea cabinete speciale pentru urmărirea sarcinii, pentru ginecologie infantilă, pentru sugari, copii de diferite vîrste, pentru sportivi și cu alte profiluri în raport cu specificul regiunii.

S-au obținut pînă acum o serie de rezultate remarcabile : mortalitatea generală a scăzut la jumătate, cea infantilă de 5 ori în ultimii 25 de ani ; o serie de boli, care făceau ravagii în trecut, ca malaria, au fost eradicate ; altele sînt în descreștere și au devenit o raritate. Condițiile de muncă, igiena industrială, măsurile de protecție sînt mult îmbunătățite și constituie în continuare o preocupare prioritară a sectorului sanitar.

Mai rămîne însă mult de realizat ; dacă lupta contra infecțiilor microbiene a fost în mare parte cîștigată, cea contra virusurilor și a fungilor nu este rezolvată. Sîntem confruntați cu o serie de boli degenerative cardiovasculare și nervoase, diabetul senil, neoplasme apărute pe vechi cicatrice inflamatorii sau pe iritații tabagice prelungite ; toate aceste boli influențează asupra indicelui de morbiditate și urmează a fi studiate aprofundat și combătute.

Realizarea acestor obiective înseamnă orientarea cercetării științifice în următoarele direcții majore : în primul rînd, vor fi continuate și vor fi abordate studii noi privind potențialul nociv în principalele zone cu atmosferă poluată, acțiunea poluării chimice, bacteriene, virale a aerului, apei și solului, în scopul stabilirii unor norme sanitare unitare pentru protecția întregii populații. Vor fi studiate fenomenele biologice legate de acomodarea organismului la viața modernă, pentru frînarea proceselor degenerative ale organismului uman : preocupările cercetării privesc îmbunătățirea metodelor de prevenire și de perfecționare a mijloacelor de diagnostic și tratament în bolile cronice și degenerative.

Toate cadrele medicale este necesar să-și concentreze toate forțele și capacitatea lor pentru traducerea în viață a hotărîrilor istorice de partid și de stat în vederea creșterii stării de sănătate a întregului nostru popor.

IANUARIE

Luni		5	12	19	26
Marți		6	13	20	27
Miercuri		7	14	21	28
Joi	1	8	15	22	29
Vineri	2	9	16	23	30
Sîmbătă	3	10	17	24	31
Duminică	4	11	18	25	

Ianuarie 1845. Ziarul „**Bukarester Deutsche Zeitung**", scriind despre vizita pe care a făcut-o domnitorul Bibescu la Spitalul Ostășesc din București, subliniază „excepționala curățenie, punctualitatea serviciilor și excelenta tratare a pacienților, compatibilă cu cele mai renumite spitale din lume". La vremea aceea Spitalul Militar din Capitală avea 170 de paturi.

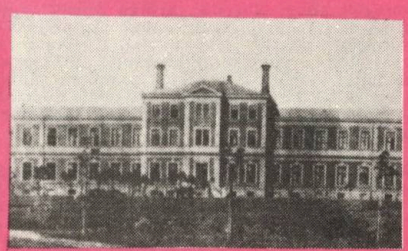
20 ianuarie 1870. Apare la București „**Gazeta medicală chirurgicală**" sub conducerea unui comitet de redacție format din medicii: Romniceanu, Vlădescu, Dimitrescu și Sutzu. În cuvîntul către lectori se spune: „Subsemnații, impunîndu-și greaua și dificila sarcină de a redija un ziar medical, au plină convingere că adresîndu-se Dv. vom găsi un ecou fidel și un sprijin încurajator pentru întinderea și progresul științelor medicale în țara noastră. Redacția se va simți fericită văzîndu-vă și pe Dv. prenumerați între abonați". Doi ani mai tîrziu — la 1 ianuarie 1872 — îi succede „**Revista medicală**", sub conducerea doctorului Mălărescu. Aici vor fi publicate și procesele verbale ale ședințelor Societății Medico-Chirurgicale din București.

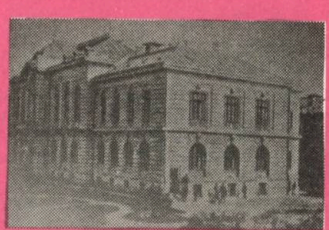
Ianuarie 1880. În ziarele din București citim: „Cine, în iarna aceasta, mergînd pe lacul Cișmigiu, nu a admirat acel tablou, unde doamne, domnișoare și domni, patinînd, se întreceau în figuri ce făceau pe gheață? Sîntem veseli că a început a prinde și la noi rădăcini acest sport care pe lîngă plăcerea și mulțumirea ce produce, este unul din exercițiile salutare corpului". Iată deci începutul în București al patinajului organizat și aprecierea care i se dădea ca factor de călire a sănătății.

8 ianuarie 1895. Profesorul doctor Victor Babeș începe experimentarea serului antidifteric obținut la noi, în laboratoare (primele 8 kg, obținute de la cai). În următorii trei ani numărul bolnavilor de angină diferică tratați cu acest ser ajunge la 5508, astfel că mortalitatea — care înainte era de 73% — scade la 5%. În anul 1898 Institutul bacteriologic din București producea 22 000 de doze de ser antidifteric.

Ianuarie 1920. Studiind cazurile de encefalită letargică apărute la Paris sub formă epidemică, doctorul român Constantin Levaditi izolează un virus patogen, deschizînd un nou drum de cercetare în acest domeniu și punînd bazele inframicrobiologiei.

28 ianuarie 1936. Din inițiativa profesorului Gh. Popoviciu, directorul Clinicii infantile, se înființează la Cluj *Societatea de pediatrie și puericultură*. În comitetul de conducere, prezidat de inițiator, sînt cooptate și cîteva femei: Nusi Pop, Olivia Delen, Livia Boilă, d-na C. Bogdan-Duică, d-na Liteanu, d-na dr. Buia.





FEBRUARIE

Luni	2	9	16	23	
Marți	3	10	17	24	
Miercuri	4	11	18	25	
Joi	5	12	19	26	
Vineri	6	13	20	27	
Sîmbătă	7	14	21	28	
Duminică	1	8	15	22	29

Februarie 1872. Revista „Arhiva rurală" publică o seamă de sfaturi medicale, culese din popor. Pentru înlesnirea nașterii: „femeia, cînd îi vine sorocul, să bea mintă cu vin, sau limbricalniță albă; iar cînd nu are lapte la sîn, să mănînce păsat cu sămînță de mărar și să bea mazăre cu rădăcină de pătrunjel, de rozmarin și de floarea soarelui (să facă ciorbă din toate astea)".

Februarie 1877. Ziarele din București anunță: „Au apărut în băcănii primele căpățini de zahăr din fabricile de la Chitila și Sascut. Acest zahăr este tot atît de bun ca și cel străin". Fabrica de la Chitila — prima înființată la noi — era destul de mare pentru vremea ei și avea rolul să contribuie la îmbunătățirea alimentației populației, producînd zahărul care era pe atunci — pentru cei mulți — un articol de farmacie, nu de hrană.

Februarie 1893. Apare la București una dintre cele mai prestigioase reviste medicale din secolul trecut: **România medicală.** Este condusă de profesorii Victor Babeș și N. Manolescu. Cu unele întreruperi revista va apărea pînă în anul 1908, îmbogățind patrimoniul publicistic medical românesc cu sute de articole și studii valoroase. Revista — care avea și o ediție în limba franceză — a dus o luptă susținută pentru profilaxia marilor flagele ale timpului: tuberculoza și sifilisul.

Februarie 1894. O reclamă publicată de ziarele din Capitală anunță punerea în vînzare a primului aparat de ras apărut în Europa și importat de la Paris. Aparatul se numește **Rose** și produce multă îngrijorare în rîndurile frizerilor. Are o lamă confecționată dintr-un fragment de brici, care se ascute după procedeul clasic — pe cureaua de piele.

5 februarie 1923. Membrii „Societății de hidrologie medicală și climatologie", întruniți într-o ședință specială, adresează un protest energic către Președinția Consiliului de Miniștri, față de intenția pe care o are Ministerul de Război de a transforma în bază militară stațiunea balneară Techirghiol. Urmare acestui protest stațiunea a fost salvată, proiectul respectiv fiind anulat.

Februarie 1923. În localitatea Braunlage, din Germania, este înălțat un monument în cinstea cartofului — aliment de primă necesitate pentru toată lumea. Pe placa de bronz de pe soclu se precizează: **Aici, la 1748, s-au făcut primele încercări de cultivare a cartofului.**

În țara noastră cartoful a fost importat din Germania, de către negustorii sibieni, în primii ani ai secolului al XIX-lea.

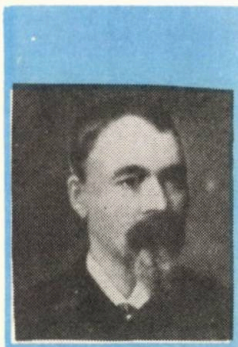
Februarie 1930. Își începe activitatea, la București, Societatea română de igienă, recent înființată. Președinte al societății este ales profesorul doctor Mezincescu, directorul Institutului de igienă.

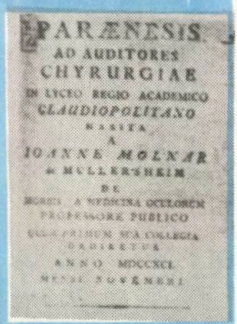
Februarie 1943. Apare în comerțul farmaceutic mondial prima penicilină — 13 kg. Costul ei este aproape triplu ca al aurului. După 12 ani — în 1955 — producția mondială de penicilină ajunsese la 500 de kg, între acestea fiind socotite și primele cantități fabricate în România.

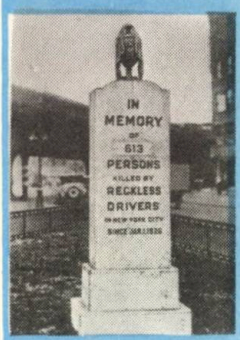
Martie 1792. Se înființează la București primul serviciu de salubritate. Într-un document referitor la această problemă se arată că domnitorul Alexandru Moruzi hotăra „să se pună în lucrare 12 care cu boi la ridicarea gunoaielor și a altor rezidii, mai ales de la bărbieri și boiangii și alte rufeturi ce reazămă lucrarea lor în apă". Pe vremea aceea scurgerea apelor murdare din magazine și ateliere se făcea direct în stradă.

Martie 1844. Un dentist din Chicago își adoarme pacienții cu eter, reușind să-i scutească astfel de dureri. Folosind același procedeu, doctorul Long W. Crawford, tot din Chicago, realizează prima operație din lume prin anestezie cu eter. Trei ani mai tîrziu, în februarie 1847, ziarul **Albina românească** din Iași publică o informație: doctorul Ludovic Russ, de la spitalul Sf. Spiridon, a făcut prima operație prin anestezie cu eter.

Martie 1866. Doctorul Constantin Dimitrescu-Severeanu — considerat astăzi ca unul dintre întemeietorii școlii românești de chirurgie — realizează, la Spitalul Colțea din București, prima operație de hernie strangulată, folosind pentru anestezie cloroformul. El va mărturisi: „Cusăturile le-am făcut cu ață de in; am drenat cu fitil de scamă și apoi am spălat totul cu alcool camforat. După operație rana a supurat multă vreme, dar apoi s-a vindecat".







MARTIE					
Luni	1	8	15	22	29
Marți	2	9	16	23	30
Miercuri	3	10	17	24	31
Joi	4	11	18	25	
Vineri	5	12	19	26	
Sîmbătă	6	13	20	27	
Duminică	7	14	21	28	

Martie 1885. Bucureștenii răsuflă ușurați: se pare că s-a găsit leacul pentru stîrpirea holerei. Revista **„Lumina pentru toți"** publică o rețetă „sigură" pentru vindecarea celor atinși de teribilul flagel: „ardei pisat și sare, amestecate în apă fiartă și băute — cîte un sfert de oca o dată".

3 martie 1890. Ia ființă la București Societatea Română de Științe, sub președinția fizicianului Alexe Marin. Secția medicală a societății are în componența ei pe dr. C.I. Istrati și dr. Mina Minovici. Mare parte din conferințele publice organizate de societate au ca tematică popularizarea medicinii.

Martie 1896. La Londra se înregistrează primul accident de automobil. O femeie de 44 de ani — Brigitta Driscoll — este omorîtă de un automobil care mergea cu viteza de... 7 km pe oră. În România primul accident de automobil s-a petrecut lîngă Tîrgoviște la 7 decembrie 1910, cînd a fost omorît un mojer, Teodoru, și șoferul acestuia. Statisticile O.M.S. arată că în prezent automobilul omoară 250 000 de persoane și rănește alte 10 000 000, pe an, în toată lumea.

În 1926 s-a ridicat la New York primul monument în memoria victimelor automobilului. Se înregistrau atunci 40—50 de accidente, pe zi, în S.U.A.

Martie 1901. Printre marii călători ai lumii de acum trei sferturi de veac se înscrie și o româncă — Otilia Cosmuță, pictoriță și publicistă, soția unui funcționar de poștă din Carei. Ea pleacă din România — în martie 1901 — străbate China și ajunge pînă în Japonia, unde stă un an, spre a studia pictura. Este singură și face ruta Europa-China-Japonia în mai mult de 100 de zile, dînd astfel dovadă de curaj și rezistență fizică rar întîlnite la o femeie.

Martie 1958. Doctorul american de origine română Traian Leucuția este ales președinte al Societății de Radiologie din S.U.A. Presa medicală mondială îl caracterizează pe Leucuția drept cel mai mare radiolog din America.

APRILIE

Luni		5	12	19	26
Marți		6	13	20	27
Miercuri		7	14	21	28
Joi	1	8	15	22	29
Vineri	2	9	16	23	30
Sîmbătă	3	10	17	24	
Duminică	4	11	18	25	

8 aprilie 1825. Se deschide prima baie „modernă" din București, instalată lîngă casa Beilicului, din strada Șerban Vodă. Antreprenorul — francezul Lagarde — spre a opri protestele băieșilor vechi care se socoteau amenințați de concurență, este obligat să nu primească în stabilimentul său decît bolnavi care-și caută sănătatea prin băi, deci „așa spre a nu face nici o zătnicie celorlalte băi". Băile care se făceau astfel la „musiu Lagarde" erau strict medicale, de vreme ce ele „erau orînduite de dohtori, cu apă rece sau caldă, ce va curge în căzi după nevoie, prin suruburi" (robinete).

Aprilie 1859. Doctorul N. Kretzulescu, ministru de interne, decide înființarea Biroului statistic pentru Valahia. Lucrările acestui birou urmează să stabilească, în primul rînd, starea natalității din țară.

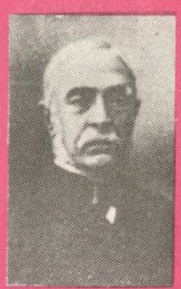
19 aprilie 1867. Într-o cuvîntare ținută la Școala de medicină din București, doctorul Obedenaru comunică numărul de medici români pregătiți în străinătate: 22, la Paris și la Turin. Aceasta era în zece ani: „după începutul din 1857, cînd pe stradele Capitalei se putea vedea cîte un pluton de copii, în mantale albastre, cu cărți la subțioară, mergînd spre școlile de la Colțea și de la Mihai Vodă, unde învățau meseria de felceri". Cei 22 de tineri amintiți de Obedenaru urmaseră mai întîi cursurile Școlii naționale de medicină din București și apoi își încheiaseră studiile în Franța.

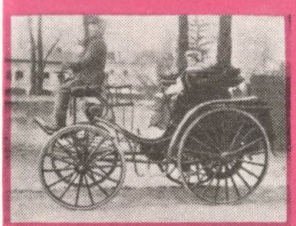
11 aprilie 1875. Doctorii Th. Filipescu și Russ senior efectuează la Spitalul Sf. Spiridon din Iași extirparea unei tumori în greutate de 8,400 kg, din abdomenul unei tinere în vîrstă de 16 ani. Ziarul „Curierul de Iași" care publică informația după nouă zile de la operație, menționează că „pacienta se simte foarte bine". Este vorba de cea mai mare tumoare extirpată pînă atunci în spitalele românești.

Aprilie 1898. Ziarele din Capitală scriu: „Iată că umblă prin București și o trăsură fără cai. Doctorul Tomescu este cel dintîi român care și-a adus în țară un automobil. Își face preumblările cu el și-și vizitează bolnavii, spre marea ciudă a birjarilor. Doctorul Tomescu a scăpat de grija cailor și a potcovitului". Așadar primul automobil care a circulat la noi a fost al unui medic.

Aprilie 1921. Profesorul N.C. Paulescu publică rezultatele obținute în urma unor îndelungate cercetări care aveau să-l ducă la prepararea celui dintîi extract pancreatic cu acțiune hipoglicemiantă — insulina de mai tîrziu. Cu toate acestea descoperirea insulinei este atribuită, pe nedrept, altor cercetători, din Canada, care își publică rezultatele cercetărilor la opt luni după comunicarea lui Paulescu.

Aprilie 1926. Acum 50 de ani mai puteau fi văzute pe străzile Capitalei, de cum se imprimăvăra, lăptărese venite din comunele învecinate, cu capre, pentru a servi clienților lapte direct de la sursă. Era căutat mai ales laptele de capră roșie, despre care se spunea că ar fi un medicament universal, bun împotriva tuturor bolilor. În fotografie: o capră roșie este mulsă în fața casei clientului.





3 mai 1837. Domnitorul Alexandru Ghica pune bazele farmaciei moderne românești, prin regulile publicate în „Buletin Gazetă Oficială". Potrivit acestor reguli, nimeni „nu mai era volnic a deschide spițărie, făr' de diploma doveditoare a învățăturii" și: „spițerul ce va fi dovedit că a dat dohtorii nepotrivite, se va osîndi; spițerul, la verice ceas din zi sau noapte, se va arăta să-i deschidă celui ce caută dohtorii și să i le dea; iar cumpărătorul va plăti prețul dohtoriilor pînă la para; spițerii nu sînt volnici a slobozi vre o dohtorie fără rețeta unui dohtor; arsenicul, sublimatul sau alte materialuri cunoscute ca otrăvitoare, nu se vor slobozi decît cu trecerea lor în registru șnuruit de poliție".

Mai 1888. Un medic român—N. Manolescu — participant la congresul medical mondial ținut la Washington, vizitează cascada Niagara. La înapoierea în țară, Manolescu va conferenția despre acest grandios monument al naturii, în cadrul manifestărilor cultural-științifice organizate de Societatea Geografică Română, la București.

26 mai 1896. Gimnastica, vechea disciplină sportivă introdusă în școli în 1856, capătă formă competițională, prin organizarea la București a celei dintîi întreceri interșcolare. Participă 200 dintre cei mai buni școlari gimnaști din țară. Principalele probe disputate: exerciții libere cu bastoanele de fier (în fotografie), exerciții de atîrnare la frînghie, demonstrații la paralele și cadrilul în marș.

Mai 1897. Direcția Serviciului Sanitar trimite în toată țara o circulară în care se atrage atenția asupra purtării moașelor rurale, „care umblă îmbrăcate într-un mod foarte luxos, ceea ce face pe țărănci să fugă de ele". Se recomandă moașelor ținută vestimentară modestă, pentru captarea încrederii populației „astfel că, la facere, țărăncile să nu mai prefere ajutorul babelor".

MAI

Luni		3	10	17	24	31
Marți		4	11	18	25	
Miercuri		5	12	19	26	
Joi		6	13	20	27	
Vineri		7	14	21	28	
Sîmbătă	1	8	15	22	29	
Duminică	2	9	16	23	30	

VILEGIATURA

BAILE TEKIR-GHIOL

Mai 1898. Au fost terminate lucrările de extindere a Spitalului Colțea din București, dîndu-se în folosință marile pavilioane laterale. Secția dermato-sifilitice, condusă de doctorul Petrini-Galați, se instalează în pavilionul din stînga, iar secția de boli de ochi, condusă de doctorul Manolescu, în pavilionul din dreapta.

27 mai 1907. Apare la București revista „Vilegiatura", care-și propune să popularizeze stațiunile balneare și climaterice din țară. Primul număr este dedicat Techirghiolului, stațiune balneară socotită, la vremea aceea, ca cea mai renumită din țară pentru cura de băi împotriva reumatismului.

Mai 1910. Societatea Salvarea din București (înființată în anul 1907) deschide prima sa „sucursală" —o baracă de prim-ajutor instalată în incinta Tîrgului Moșilor. Era începutul asistenței medicale acordată de această instituție în punctele aglomerate ale Capitalei. Tot în acel an va instala și primele „dulapuri" cu instrumente și medicamente la intersecțiile marilor artere de circulație.

Mai 1910. Facultatea de medicină din București acordă doctorului Victor Gomoiu medalia de aur pentru cea mai bună teză a anului: **Anaplastiile feței,** prezentată ca subiect de doctorat. O lună mai tîrziu Universitatea din București va decerna aceluiași doctor premiul Hillel, pentru lucrarea asupra colesterinei, pusă la concurs.

19 mai 1932. O fostă elevă a Școlii de arte frumoase din București — Smaranda Brăescu — realizează un record sportiv mondial senzațional, sărind de la înălțimea de 22733 de picioare (6830 de metri), dintr-un avion, pe un aerodrom din California. Vechiul record era deținut de un ofițer american (21 171 de picioare). Unică în analele sportului mondial, această performanță infirmă părerea acelor biologi care pretind că, în nici un efort fizic, organismul femeii nu-l poate depăși pe al bărbatului.

* * * * * * * * * * * * * * *

IUNIE

Luni		7	14	21	28
Marți	1	8	15	22	29
Miercuri	2	9	16	23	30
Joi	3	10	17	24	
Vineri	4	11	18	25	
Sîmbătă	5	12	19	26	
Duminică	6	13	20	27	

23 iunie 1711. Aflăm din *Cronica* lui Ion Neculce că aceasta este data cînd a fost introdusă la noi șampania. Descriind vizita făcută de împăratul Petru cel Mare al Rusiei, bravul Neculce istorisește cum s-au îmbătat boierii cu înșelătoarea băutură oferită de împărat: „... Și mai pre urmă ne-au închinat singur împăratul cu niște vin de la Franțuzi, care îndată cum au băut, cum au mărmurit toți beți bînd acel vin". Sigur că moldovenii noștri, înșelați de gustul ca de must al șampaniei, vor fi închinat pahare multe, în față și cu nădejde, neștiind prăpădul care-i amenința. În imagine: Dimitrie Cantemir și Petru cel Mare, pe străzile Iașilor, la 23 iunie 1711 (stampă contemporană).

Iunie 1793. Istoricul V.A. Urechiă menționează apariția primului medic oculist de spitale, la noi: „Dohtor Radu, venit cu diplomuri și atestări din străinătate, din lăuntrul Europei, a fost numit dohtor de ochi, de spitale".

13 iunie 1848. Domnitorul Mihail Sturza hotărăște ca văduvele acelor doctori moldoveni care vor muri la posturile lor, în vremea holerei, să aibă drept pensie, „cît au a mai trăi, leafa obișnuită după așezămînt".

29 iunie 1894. În urma unui riguros examen, profesorul doctor Victor Babeș primește diploma de membru trăgător al Societății de dare la semn, din București. Cu această diplomă și cu o pușcă bine mînuită, savantul Victor Babeș a devenit, în anii următori, un vînător fruntaș printre vînătorii români.

Iunie 1898. Jocul cu mingea numit *oina* a fost introdus ca sport oficial în școli, de către Spiru Haret, în anul 1898. În luna iunie a acelui an s-a organizat în grădina Cișmigiu din Capitală primul campionat școlar, cu participarea a 18 școli din țară. A ieșit învingătoare echipa Liceului Gheorghe Șincai din București. În fotografie: elevi ai Liceului Internat din Iași, jucînd oina, în vara anului 1898.

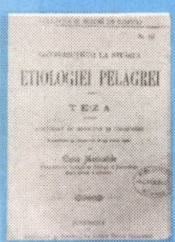
23 iunie 1900. Elena Manicatide, fostă internă a spitalelor, prezintă la Facultatea de medicină din București teza: **Contribuții la studiul etiologiei pelagrei,** pentru obținerea titlului de doctor în medicină și chirurgie. Pelagra era la vremea aceea una dintre cele mai răspîndite boli din țara noastră (peste 48 000 de cazuri declarate, dintre care 18 000 la orașe). În anul 1906 numărul pelagroșilor de la noi va ajunge la 56 000.

Iunie 1912. Poetul Duiliu Zamfirescu publică în revista „Ilustrațiunea română" o poezie dedicată copilului. Acesta este începutul făcut la noi pentru sărbătorirea copilului în luna iunie, prin scrisul poeților.

COPILUL

Copilul meu a adormit
Cu zîmbetul sfios pe gură,
E ostenit de-atîta gînd
Și-atîta foc de-nvățătură.
Și cum se odihnește-n pace,
Cu capul rezemat pe mînă,
S-ar zice că-i stăpînul lumii
Și că l-a adormit o zînă.

5 iunie 1925. Profesorul doctor Thoma Ionescu este ales membru de onoare al Academiei Române (în urma propunerii făcute de profesorul doctor Gh. Marinescu).



1 iulie 1851. Apare la Iași **Foaia soțietății de medici și naturaliști din Prințipatul Moldovei,** redactată de doctorul Constantin Vîrnav. Revista va apărea săptămînal pînă la 1 iunie 1853.

4 iulie 1865. Apare la București revista „Mama și copilul", care-și propune să dezbată probleme legate de maternitate și de sănătatea copilului. Conducătoarea revistei este Maria Rosetti. Deși interesantă și necesară, revista nu va apărea decît pînă la 24 aprilie 1866, oficialitatea neacordîndu-i nici un sprijin.

4 iulie 1876 — deci acum o sută de ani, ia ființă societatea **Crucea Roșie din România,** care are de scop ajutorarea militarilor răniți în războaie. Din comitetul de conducere fac parte: Dimitrie Gr. Ghica (președinte), Dr. Nicolae Kretzulescu, dr. Iatropol, dr. Carol Davila, dr. A. Fotino, dr. I. Teohari, dr. Athanasovici. Prima acțiune a societății a fost trimiterea unei ambulanțe sanitare pe frontul de luptă din Serbia (în 4 luni această ambulanță a îngrijit 6 832 de răniți).

Iulie 1886. Doctorul Zorileanu din Tîrgoviște analizează apele minerale existente în apropierea satului Govora, pe care localnicii le socotesc tămăduitoare de boli. Rezultatele acestor analize le publică în două lucrări, cu concluzia: „Socotesc apele de la Govora ca un puternic agent terapeutic în arta vindecării morbilor cronici". În 1889 stațiunea Govora este deschisă oficial, pentru ca în următorii douăzeci de ani să devină renumită nu numai la noi ci și peste hotare.

IULIE

Luni		5	12	19	26
Marți		6	13	20	27
Miercuri		7	14	21	28
Joi	1	8	15	22	29
Vineri	2	9	16	23	30
Sîmbătă	3	10	17	24	31
Duminică	4	11	18	25	

Iulie 1892. Maria Dumitrescu, una dintre studentele în medicină aflată la Paris, trece cu succes examenul de doctorat, prezentînd teza **Contribuții la studiul absențelor congenitale ale vaginului, considerate din punct de vedere chirurgical.** Noua laureată este a treia româncă specializată la Paris (după Maria Cuțarida, în 1884 și Profira Conta, în 1887).

Iulie 1901. Societatea „Sprijinul", constituită de curînd în București, organizează cele dintîi colonii școlare de vară cunoscute la noi. Un număr de 11 elevi, dintre cei mai silitori, de la școlile din Capitală, sînt trimiși pe cheltuiala societății, la Slănic-Prahova. „Sprijinul" era o asociație exclusiv feminină și sarcina pe care și-o impusese a rezolvat-o mulțumitor, astfel că în al cincilea an de activitate ajunsese să trimită în colonii 103 elevi.

Iulie 1905. Doctorul Amza-Jianu, care practică de mai mult timp rahianestezia cervicală și dorsală superioară la cîini, reușește să realizeze anestezia generală la aceste animale, prin injecții intrarahidiene. Experiențele aveau să stea la baza metodei de anestezie, prin acest procedeu, la oameni, începînd din anul 1908 (premieră pe plan mondial).

3 iulie 1921. Se ține la Cluj primul congres al medicilor din întreaga țară — cel de al 24-lea congres al medicilor români. În moțiunea votată se cere o nouă lege sanitară, întrucît: „Rezolvarea problemei sanitare a țării este de cea mai mare urgență și de imperioasă necesitate, orice întîrziere putînd duce la un dezastru de care corpul medical nu va putea fi acuzat.

16 iulie 1939. Țăranca Ecaterina Iorgu, din satul Icoana, comuna Potcoava (Olt), naște patru gemeni, cărora le dă numele: Petrică, Elena, Ioana și Maria — deci un băiat și trei fete. Este al doilea caz cînd o mamă naște, la noi, patru gemeni, primul caz cunoscut fiind înregistrat la 22 ianuarie 1937, în comuna Pătîrlagele, din județul Buzău, unde Smaranda lui Mihail Gerea adusese pe lume tot trei fete și un băiat. Deci, în epoca respectivă, printre mamele recordmene din lume se aflau și două românce.

AUGUST

Luni	2	9	16	23	30
Marți	3	10	17	24	31
Miercuri	4	11	18	25	
Joi	5	12	19	26	
Vineri	6	13	20	27	
Sîmbătă	7	14	21	28	
Duminică	1	8	15	22	29

1 august 1867. Societatea literară română, înființată la 1 aprilie 1866, își deschide prima sesiune de lucru, sub președinția lui Ștefan Golescu. Sînt votate statutele, instituția luînd denumirea de Societatea Academică Română (din martie 1879 se va numi Academia Română). Primii medici academicieni au fost: Nicolae Kretzulescu (ales la 9 septembrie 1871) și Anastasie Fătu (ales la 11 septembrie 1871). Doctorul Nicolae Kretzulescu a fost și președinte al Academiei, în perioadele: 1872—1874 și 1895—1898.

August 1868. La una dintre ședințele Societății medico-chirurgicale din București, doctorul Dumitrescu prezintă cîteva fotografii făcute în timpul efectuării unor operații chirurgicale. Sînt primele fotografii medicale realizate în țara noastră.

August 1875. Revista „Omul și natura" publică o reclamă din care aflăm că s-a introdus pîinea Graham în București. Plăcintăria din Pasajul Român face miraculoasa pîine și o vinde pacienților trimiși de doctorul I. Munteanu, un mare propovăduitor al acestui aliment. Pîinea Graham era cunoscută din 1832, fiind „inventată" de americanul Sylvestre Graham, care observase că populația din răsăritul S.U.A., mare consumatoare a pîinii albe, suferă de constipație și dureri de dinți, și ajunsese la concluzia că pîinea din făină integrală (cu tărîțe) este mai bună.

27 august 1875. Se pun în aplicare prevederile legii sanitare (din 8 iunie 1874), pentru respectarea regulilor de salubritate de către industriile orășenești. Este deci pentru prima dată cînd mediul urban românesc intră sub ocrotirea legii care caută să stăvilească răspîndirea poluării apelor și a atmosferei în marile centre locuite. Cele mai vizate industrii ale vremii: crescătoriile de viermi de mătase și cazanele de țuică, foarte numeroase mai ales în Capitală.

August 1885. Scriitorul Vasile Pogor înființează la Iași un „prea frumos și bun stabiliment de băi române", pe care-l recomandă amatorilor prin reclame publicate în ziarele locale. Baia funcționează „în toate zilele, de la 7 dimineața pînă la 8 oare seara".

4 august 1893. Ziarul „Universul" anunță că pe teritoriul renumitei stațiuni balneare Vatra Dornei au fost descoperite importante izvoare de ape minerale. Se crede că aceste ape vor fi introduse nu numai în spitale, pentru folosul bolnavilor, ci și în băcănii, pentru consumul liber al oricăror amatori.

August 1912. Ziarele anunță că băile de la Lacul Sărat, de lîngă Brăila, sînt vizitate în fiecare zi de 8-10 000 de persoane, fapt care a determinat înființarea unui tramvai electric „ce duce vizitatorii și-i preumblă prin frumoasa pădurice de salcîmi dintre oraș și băi". Ni se mai spune că de curînd „s-a dat în folosință un splendid cazinou ce pare ca o cutie elegantă de mătase, iar pentru delectarea bolnavilor și a onor vizitatorilor cîntă în fiecare zi muzica militară".

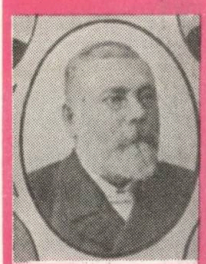
August 1926 — adică acum cincizeci de ani, se pune în vînzare moșia Costeștii, situată lîngă linia ferată, dincolo de terminarea căii Giulești. Micii salariați de la C.F.R. cumpără parcele de teren și astfel se deschide un nou „șantier" de construcții de locuințe, la marginea Capitalei, fiecare cumpărător ridicîndu-și cîte o magazie din pari bătuți în pămînt, pe care o vor folosi drept locuință. Astăzi în locul acelor magazii sînt blocurile de locuințe care formează cartierul Giulești.

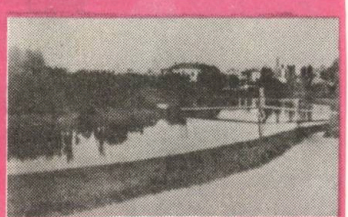
1 septembrie 1860. Un document de arhivă care poartă această dată ne informează că în anul 1860 existau în toată Capitala numai 7 moașe-impiegate (oficiale). Numele acestor brave care au asistat la nașterea multora dintre străbunicii bucureștenilor: Bălașa Mungeasca, Elena Popeasca, Uța Vasileasca, Teocla Babel, Anica Covaci, Eufrosina Anagnoste, Catinca Tit-Maer.

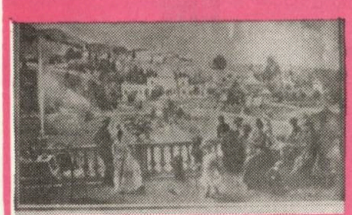
25 septembrie 1883. Localitatea Sinaia, de pe Valea Prahovei, este decretată oraș. Este data cînd se inaugurează și castelul Peleș. Cu această clădire și cu cele ce se vor ridica mai tîrziu, Sinaia devine, după mai puțin de două decenii: „Perla Carpaților", regina localităților noastre de vilegiatură, stațiune climaterică al cărei renume trece granița, atrăgînd numeroși vizitatori străini, în afară de miile de vilegiaturiști ce se perindă în fiecare sezon, de prin toată țara" — cum scriau ziarele din anul 1901.

1 septembrie 1884. „Analele Medicale Române" ne fac cunoscut: „În curînd vom vedea apa infectă din lacul Cișmigiu scurgîndu-se în Dîmbovița, spre a face loc lucrărilor de însănătoșire a acestei grădini atît de insalubră și instalată în centrul Capitalei". Cișmigiul împlinea atunci două decenii de existență, avusese anii săi de strălucire, dar ajunsese în cele din urmă lăsat paraginei, edilii nemaiocupîndu-se de el.

3 septembrie 1895. La congresul studențesc organizat în orașul Cîmpulung, doctorul C. Spineanu ține o conferință cu privire la efectele nocive ale tutunului asupra omului. Concluzia: fumătorii sînt sfătuiți să se lase de acest năravdăunător. După congres conferința lui Spineanu apare într-o broșură care se bucură de mare căutare. Aceasta a fost prima scriere medicală apărută la noi împotriva fumatului.







SEPTEMBRIE

Luni		6	13	20	27
Marți		7	14	21	28
Miercuri	1	8	15	22	29
Joi	2	9	16	23	30
Vineri	3	10	17	24	
Sîmbătă	4	11	18	25	
Duminică	5	12	19	26	

Septembrie 1897. Doctorul Nicolae Manolescu începe o puternică acțiune în favoarea țăranului român, publicînd numeroase articole în ziare și reviste, în care denunță nepăsarea guvernanților față de starea sanitară din mediul rural: „Este foarte trist viitorul satului nostru: familiile țăranilor sînt devorate de boli, țăranul trăiește în cele mai rele condiții de viață, într-o boală perpetuă. Am ajuns să avem 180 000 de morți pe an, din rîndurile sătenilor lipsiți de asistență medicală". În concluzie doctorul Manolescu cerea reforma serviciului sanitar, lucru pe care l-a obținut, parțial (legea din 1897), dar fără rezultate satisfăcătoare.

22 septembrie 1904. Se organizează prima cursă de automobile din țară, pe distanța București-Giurgiu și înapoi. Participă 6 automobile. Se înregistrează primul record național de viteză (66 km pe oră) și... primul accident, unul dintre concurenți fiind rănit la obraz de o... cioară trecută în zbor peste mașina deschisă. Viitoarea cursă — în 1906 — va fi asistată și de un medic înzestrat cu cele necesare pentru eventualele accidente.

Septembrie 1906. Asociația conducătoarelor de grădinițe de copii din România (înființată la 30 iulie 1906), începe să publice o revistă, „Grădinița de copii"; cu scopul de a contribui la educarea familiilor. Asociația are ca deviză: „Prin muncă, iubire și răbdare să dezvoltăm copilul".

Septembrie 1916. Hermina Walch, prima femeie care a obținut titlul de medic la Facultatea de medicină din București (în 1890), este numită medic-șef la un spital de campanie din București, dîndu-i-se gradul de maior. Devine astfel prima femeie-medic de la noi care primește un grad militar.

14 septembrie 1936. Este inaugurat, la Băile Herculane, un bust al generalului medic Nicolae Vicol. Fondurile necesare au fost adunate prin liste de subscripție, de la medicii balneologi. La solemnitatea inaugurării asistă însuși sărbătoritul — generalul Vicol (a murit o lună mai tîrziu — în noiembrie 1936).

OCTOMBRIE

Luni		4	11	18	25
Marți		5	12	19	26
Miercuri		6	13	20	27
Joi		7	14	21	28
Vineri	1	8	15	22	29
Sîmbătă	2	9	16	23	30
Duminică	3	10	17	24	31

Octombrie 1858. Apare la Iași volumul lui V. Drăghici: **Doctorul și iconomul casnic,** în care sînt „rețeti pentru tot soiol de boali omenești, de acele pentru cai, vite cornorați, oi, mascuri, stupi și vînați, precum și pentru alți mai multi obiecti atingătoare de gospodăreasca Iconomie". În partea întîi sînt „rățeti de doctorii pentru toati patimile omenești", iar în ultimul capitol (al optulea) sînt rețete de bucate și păstrarea lor. Deși este vorba de o carte de medicină populară, ea își dovedește utilitatea prin sfaturile de igienă, cele gospodărești și cele privind îngrijirea animalelor.

Octombrie 1862. Administrația generală a Serviciului Sanitar publică lista medicilor autorizați a practica în ambele țări surori unite (avînd și dreptul de a da certificate: „în cazuri de bătăi, loviri, răniri și altele"). Lista cuprinde 93 de doctori în medicină și 6 magiștri în chirurgie. Toți aceștia au diplome obținute peste hotare (15 la Viena, 15 la München, 5 la Paris). Cea mai veche diplomă o are doctorul Al. Teodori (Viena, 1826), apoi C. Vîrnav (Pesta, 1836) și Gh. Cuciureanu (doctor în medicină, chirurgie și arta moșitului — München, 1837).

14 octombrie 1864. Universitatea din București, înființată prin decretul domnitorului Cuza, își începe activitatea cu trei facultăți: științe, drept și litere-filozofie. Acest început se face cu 136 de studenți și 19 profesori. Primul rector: Gheorghe Costa-Foru. Palatul Universității, început la 10 octombrie 1857, va fi dat în folosință integrală la 10 decembrie 1869. În acest palat va funcționa și Facultatea de medicină, înființată la 2 noiembrie 1869. Fotografia alăturată este făcută în anul inaugurării palatului de către pictorul Carol Pop de Szathmari — primul fotograf român care a activat în București.

28 octombrie 1887. Se înființează la București Societatea de medicină cu scopul, declarat în statute: studiul diferitelor ramuri ale medicinii. Președinte este ales doctorul Sutzu, iar membri în comitet, medicii profesori: George Assaky, Victor Babeș, Petre Buiciiu, Ion Cantacuzino, Fotino, Iacob Felix, C.I. Istrati, N. Kalinderu, N. Manolescu, Sergiu și Stoicescu.

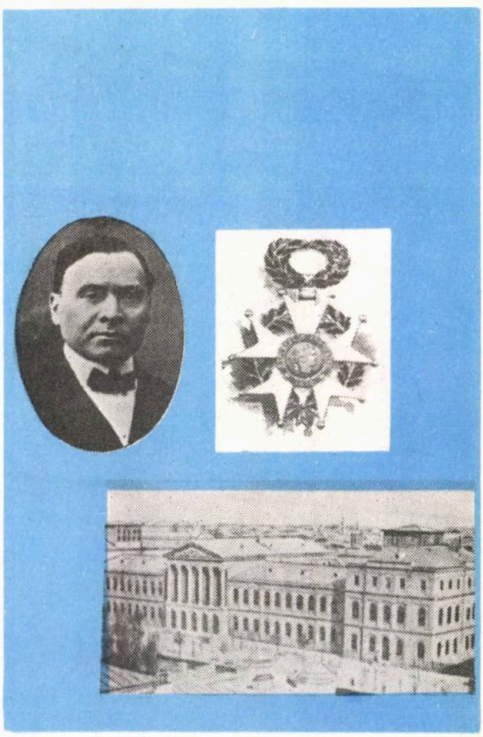
25 octombrie 1927. Se ține la București Congresul național de chirurgie, obstetrică și ginecologie, în cadrul căruia sînt discutate multiplele probleme care privesc protecția copilului. Președinte al congresului este ales profesorul doctor M. Manicatide, care cere îmbunătățirea legilor privind ocrotirea copiilor, legi lipsite de eficiență la vremea aceea.

1 octombrie 1929. Se înființează învățămîntul stomatologic din România — la Facultatea de medicină din București.

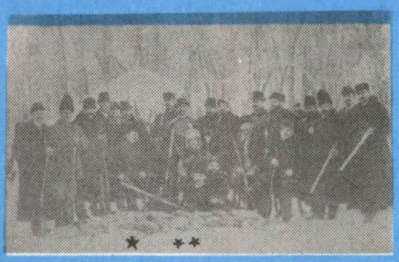
Octombrie 1932. Noul parlament, care-și începe lucrările, are în componența sa 20 de medici, deci 8% din mandate, cifră modestă dacă ținem seama că avocații erau în număr de 260, profesorii — 120, moșierii — 80, iar „fără profesie declarată", deci rentierii — 51.

8 octombrie 1938. Pentru activitatea desfășurată cu ocazia celui de al XVI-lea congres internațional de antropologie, ținut la București în luna septembrie 1937, și considerînd contribuția la progresul medicinii, în îndelungata lor carieră, președintele Franței decorează cu Legiunea de onoare trei medici români: N. Minovici, V. Iorgulescu și Th. Vasiliu.

4 octombrie 1943. Se inaugurează marele sanatoriu MARILLA, din județul Caraș, edificat prin strădaniile membrilor Ligii contra tuberculozei — statul neavînd nici o contribuție la această realizare. Doctorul Vidrașcu este numit medic primar director. Sanatoriul are 500 de paturi și intră în funcțiune complet, din prima lună.



Noiembrie 1849. Apare la București prima carte de bucate scrisă în limba română. Autoarea, profesoara Maria Maurer, scrie în prefața volumului: „Această carte așa de trebuincioasă pentru căsnicie, fu scrisă de mine numai în favoarea iubitelor mele eleve. Este cea dintîi carte de bucate scrisă în limba și cu măsurile Țării Românești". Dintre cele 190 de rețete aflate în carte: căprioară cu rădăcini, becațe fripte, învîrtite cu brînză și cu migdale, cotlete de rîmători, covrigi cu ananas, hrean cu franzelă, sos de aguridă.
Noiembrie 1879. Serviciul Sanitar al Capitalei dă o ordonanță potrivit căreia „este oprit a se vinde sulimanuri confecționate care conțin preparate de plumb sau de argint viu, în formă de ape, de pulberi, de gogonele și în orice altă formă." Măsura este luată pentru preîntîmpinarea deselor otrăviri pricinuite de „sulimanurile" ce se vindeau la parfumerii și la coafori.
11 noiembrie 1893. Se înființează la București o societate a vînătorilor, care își începe activitatea cu 200 de membri, între aceștia fiind și numeroși medici. Principalul inițiator este doctorul C.I. Istrati. În documentul fotografic alăturat vedem un grup de membri ai societății, la o vînătoare de lupi în pădurea Tîngaru, în iarna anului 1893. În mijloc (x și xx) doctorii Victor Babeș și N. Kalinderu.
Noiembrie 1910. Doctorul Botescu, ajutor de primar al Capitalei, își începe vestitele razii în localurile de alimentație publică. Principala sa atenție este îndreptată asupra grătarelor care funcționau pe trotuare, fără nici o supraveghere sanitară. Sute și sute de grătare sînt confiscate, ceea ce produce o mare agitație politică în București, cîrciumarii și birtașii sprijiniți de politicienii din opoziție încercînd — fără succes — să-l înlăture pe vrednicul medic din postul pe care-l deține.



NOIEMBRIE

Luni	1	8	15	22	29
Marți	2	9	16	23	30
Miercuri	3	10	17	24	
Joi	4	11	18	25	
Vineri	5	12	19	26	
Sîmbătă	6	13	20	27	
Duminică	7	14	21	28	

Noiembrie 1912. Presa românească semnalează existența, la Iași, a „binecuvîntatei familii Hulubei, deținătoarea recordului național de natalitate". Erau cinci frați care, urmînd exemplul părinților lor, se întrecuseră în a-și întemeia familii cît mai numeroase. Căsătoriți cam în același timp, după 12 ani ei ajunseseră să aibă 34 de copii, deci fiecare cîte șase, șapte. Vedem în fotografie întregul neam al Hulubeilor — 44 de persoane, în fața casei bunicilor, de pe strada Lăutari din Iași.

Noiembrie 1923. Se încheie primul **concurs de herbarii** care a fost organizat de Societatea Tinerimea Română (începînd din luna mai) cu scopul de a dezvolta, în rîndurile școlarilor și ale tinerilor, atenția pentru valoroasele plante din patria noastră, necesare mai ales îngrijirii sănătății. Concurenții au trebuit să prezinte cel puțin cîte 100 de plante, fiecare, din speciile: de cîmp, de baltă, de pădure, agățătoare, tîrîtoare, păroase, cu spini, clasate pe familii, pe culori și pe „însușiri de viață", adică medicinale.

15 noiembrie 1927. Se inaugurează Căminul Societății Studenților în Medicină, clădit în București, pe strada Schitu Măgureanu. Societatea, înființată în anul 1875, își întregește astfel patrimoniul, asigurîndu-și continuarea activității în condiții pe care nu le are nici o altă instituție particulară.

Noiembrie 1937. Academia de medicină din Paris acordă medicului român Florian Ulmeanu, **Premiul Boullard,** în valoare de 1800 de franci, pentru lucrarea **Effort volontaire et chronaxie,** lucrare făcută sub controlul profesorilor Laugier și Lapique de la Facultatea de medicină din capitala Franței. La data premierii, doctorul Ulmeanu era asistent la Institutul superior de educație fizică din București.

5 noiembrie 1948. Academia Republicii Populare Române primește în rîndurile membrilor săi pe medicii: Nicolae Hortolomei, Vasile Mîrza și Șt. Milcu.

DECEMBRIE

Luni		6	13	20	27
Marți		7	14	21	28
Miercuri	1	8	15	22	29
Joi	2	9	16	23	30
Vineri	3	10	17	24	31
Sîmbătă	4	11	18	25	
Duminică	5	12	19	26	

Decembrie 1813. O statistică pe care o găsim la Arhivele Statului: sînt în toată Țara Românească șapte spitale, dintre care patru la București (Colțea, Pantelimon, Dudești și Filantropia — acesta din urmă numindu-se „al nemernicilor"). Celelalte trei spitale sînt la: Craiova, Slatina și Buzău. Spitalele din București au, în total, 80 de paturi, iar bolnavii sînt asistați de zece medici (Const. Darvaris, Silvestru, Stavarache Moscu, Pascali, Nicolae Gavală, Const. Filiti, Const. Caracaș, C. Filipescu, Reider și Kraus). Ultimii doi menționați sînt scoși din tagma medicilor, printr-o poruncă domnească, „deoarece au dosit cînd a dat ciuma" — deci Capitala a rămas, un timp, numai cu opt medici.

21 decembrie 1866. La primăria Capitalei se ține licitație publică pentru „darea cu contract a omorîrii cîinilor și a rîmătorilor vagabonzi". Ion Păsculescu, noul antreprenor, va plăti o taxă de 10 000 lei pe an. Va fi obligat să prindă animalele numai cu laț cu sîrmă, să aibă căruță și să îngroape cadavrele la 6 palme adîncime în pămînt. I se va plăti 2 lei de fiecare cîine prins.

Decembrie 1870. Bolnavii internați la spitalul Colțea adresează primăriei Capitalei un protest, cerînd mutarea observatorului pompierilor, din Turnul Colței în altă parte. Motivul: la fiecare 5 minute pompierul aflat în turn strigă cu voce tare: **Ascultă!** — aceasta fiind obligația sa de serviciu. Or, „pătimașii din spital nu mai pot suporta această strigare sălbatică, trezitoare din somn pînă peste șapte mahalale". Observatorul pompierilor se mutase acolo numai de cîteva zile.

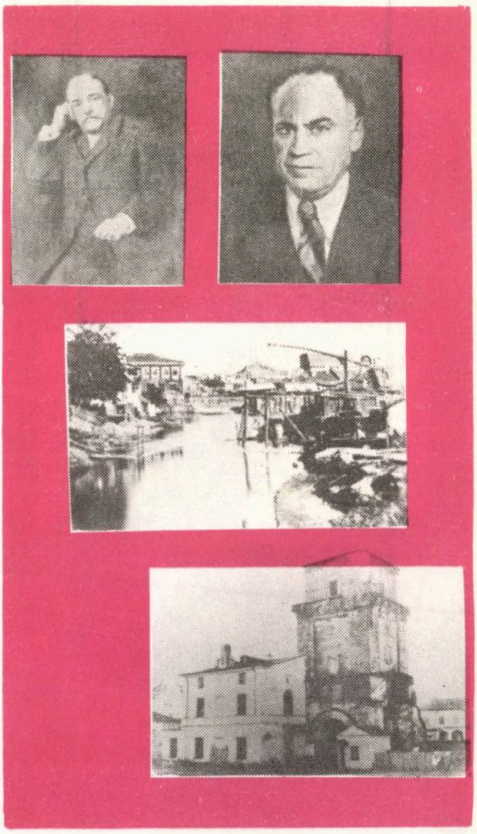
2 decembrie 1880. La București încep lucrările pentru rectificarea cursului apelor Dîmboviței. Se urmărește, în primul rînd, adîncirea albiei rîului, pentru evitarea deselor inundații și, totodată, asanarea malurilor, pentru desființarea surselor de infecții dăunătoare sănătății publice.

15 decembrie 1896 — deci acum optzeci de ani, se inaugurează noua hală alimentară din Capitală: Hala Traian, „care are 44 de prăvălii (adică compartimente) pentru desfacerea cărnii, a peștelui, a legumelor, plus 12 bazinuri pentru păstrarea peștelui viu".

26 decembrie 1897. Din inițiativa doctorului Maria Cuțarida-Crătunescu, ia ființă **Leagănul Elisabeta** — o diviziune a Societății Materna. Statutul respectiv menționează scopul urmărit de noua instituție: „creșterea, de la naștere pînă la vîrsta de 7 ani, a copiilor de lucrători, a copiilor găsiți și, în general, ai mamelor sărace, lipsite de venituri". În prima perioadă de 7 ani, **Leagănul Elisabeta** a crescut 237 de copii.

Decembrie 1911. Se încearcă introducerea la București a rochiei-pantalon (lansată la Paris, în 1910). Un croitor de pe Calea Victoriei scoate pe stradă cîteva femei îmbrăcate cu rochii-pantaloni, dar încercarea nu prinde, bietele manechine fiind fugărite de către trecătorii indignați. Cîteva luni mai tîrziu — la 11 august 1911 — Academia de medicină din Paris comunică, după dezbateri speciale: „Rochia-pantalon corespunde configurației anatomice a femeii, deci opoziția care i se face (și la Paris moda fusese „fluierată") de către pretinșii moraliști, n-are nici un temei". Totuși moda n-a prins decît după două decenii, cînd artista de cinematograf Marlene Dietrich și aviatoarea americană Amelia Earhardt au îmbrăcat rochia-pantalon ieșind cu ea pretutindeni.

Decembrie 1939. Asociația medicilor români aflați la Paris (recunoscută de guvernul francez și de cel român) alege ca președinte pe doctorul C.I. Tănăsescu. În cadrul ședințelor societății fac comunicări publice cu referire la probleme medicale de interes general, medicii: H. Stamatiu, Octav Vlăduț, I. Pamfil, M. Banu, V. Mîrza, I. Chiosea și C.I. Tănăsescu.



DISCUȚII CU

ACAD. PROF. DR.

ȘT. M. MILCU

Stadiul actual al bolilor endocrine

1. Din punctul de vedere al O.M.S., ce sînt, ce reprezintă aceste afecțiuni și cum sînt ele răspîndite pe glob? Ce continente, zone geografice și grupe de vîrstă sînt mai afectate și de ce?

2. Care sînt factorii care concură la apariția lor și cum este implicată în acest proces viața modernă, însuși gradul avansat de civilizație?

3. Ținînd seama de tehnica modernă, de gradul avansat al cercetării științifice medicale, de factorul ereditar, se pot cunoaște, cu mult înainte, cei predispuși la îmbolnăvire și în acest fel, se pot face o serie de corecții de ordin profilactic?

4. Care este stadiul actual al problemei și ce noutăți ne oferă medicina terapeutică?

5. Ce ne puteți spune despre contribuția școlii românești în această problemă și ce se prevede — pe plan mondial — în viitorul apropiat?

1. Epidemiologia bolilor endocrine este relativ puțin cunoscută, chiar în evidența O.M.S. Este suficient să consultăm nomenclatorul propus de această organizație pentru înregistrarea lor, spre a ne convinge de această situație. Cu excepția gușii endemice și a diabetului zaharat, nu avem date comparabile de la o țară la alta, cu atît mai mult pentru continente. Nu trebuie să fim surprinși de includerea diabetului zaharat între bolile endocrine, deși înregistrarea acestei boli se face în medicina internă sau în unități specializate.

Distribuția inegală a bolilor endocrine este unanim recunoscută. În ordine descrescîndă în frecvența afectării endocrine se cuprind: tiroida, ovarul, pancreasul endocrin, hipofiza, corticosuprarenalele, testiculul și paratiroida. Nu-i ușor de explicat această afectare inegală. Este fără îndoială datorită gradului de participare la fenomenele de creștere, de adaptare, de nutriție și metabolism. Un rol nu mai puțin important îl au agenții morbizi din mediul de viață cu tropism pentru anumite glande, cum sînt unele bacterii, virusuri și substanțe toxice.

Pentru a conferi intervenției noastre un conținut cît mai informativ, ne vom concentra expunerea asupra gușii endemice, o distrofie endocrină complexă în care rolul principal îl ocupă patologia tiroidei. Această boală a fost foarte răspîndită și în țara noastră. În urma măsurilor de combatere introduse din 1949, se poate spune că s-a obținut eradicarea acesteia, rămînînd doar o patologie endocrină reziduală.

Guşa endemică este răspîndită la populaţiile umane la scară planetară, ceea ce presupune intervenţia factorului de specie, regiune geografică şi structură socială a comunităţilor. Factorul geografic este mult mai evident şi dominant. Este răspîndită pe toată suprafaţa planetei în zonele submuntoase, indiferent de rasă şi etnie. Cea mai recentă statistică O.M.S. (1958) apreciază la 200 milioane numărul de bolnavi afectaţi de diferite forme clinice ale acestei distrofii. Pînă la o dată recentă, s-a crezut că în zonele maritime nu există guşă endemică, dar prin cercetări recente făcute în Japonia, s-a constatat existenţa unei forme specifice de hipertrofie tiroidiană şi în regiunile de coastă.

Epidemiologia guşii endemice a pus în evidenţă existenţa acestei distrofii la toate vîrstele, începînd din viaţa intrauterină pînă la bătrîneţe. Sînt cunoscute astfel guşile congenitale, de pubertate, de sarcină, sclero-chistice de vîrstă ş.a. Vîrstele tinere sînt cele mai afectate. Mai mult încă, s-a constatat că în zonele endemice şi animalele au o tiroidă distrofică. Enzootia tiroidiană însoţeşte totdeauna endemia umană.

★

2. Complexitatea etiologică a guşii endemice este confirmată şi de intervenţia pe lîngă factorul geografic şi a celui social, apreciat la nivelul condiţiilor de viaţă şi de muncă. Este unanim admis că endemia de guşă este accentuată în gravitate printr-o alimentaţie carenţată în proteine şi hipocalorică, prin surmenaj, condiţii toxice de muncă, locuinţa insalubră ş.a. Nu-i surprinzătoare regresiunea endemiilor pe măsură ce nivelul de viaţă se ameliorează. Pe drept cuvînt s-a spus că endemia regresează pe măsura construcţiei de drumuri în regiunile submuntoase, prin care pătrunde civilizaţia tehnico-ştiinţifică. Fenomenul s-a confirmat şi la noi, în Valea Prahovei şi în Ţara Bîrsei, unde guşa endemică a regresat şi dispărut prin industrializare, fără o intervenţie profilactică organizată.

★

3. Profilaxia guşii endemice este perfect cunoscută astăzi. Aplicarea complexului de măsuri preventive a condus la reducerea bolii pînă la eradicare, la populaţiile unde s-au executat corect măsurile profilactice. Dat fiind caracterul plurifactorial al etiologiei guşii endemice şi profilaxia trebuie să fie conformă; totuşi mijlocul principal de combatere îl constituie iodul administrat sub formă de sare iodată, tablete iodate, bomboane, apă, pîine cu sare iodată ş.a. Administrarea iodului începînd în primul rînd la femeia gravidă, copii şi adolescenţi a condus şi în ţara noastră la reducerea cu 85—90% a endemiei şi la dispariţia formelor grave. Rezultate asemănătoare s-au obţinut în U.R.S.S., S.U.A., Elveţia şi alte ţări în care s-a aplicat o profilaxie organizată corect. Un rol adjuvant, dar nu mai puţin important l-a avut ameliorarea condiţiilor generale de viaţă şi de muncă, fenomen care a scurtat timpul de eficienţă şi a mărit procentajul rezultatelor pozitive.

★

4. Nu mai puţin eficient este tratamentul curativ al acestei boli endocrine de masă. Endocrinologia modernă ne oferă numeroase posibilităţi de rezolvare a diferitelor forme de guşă endemică, de la extirparea lor chirurgicală la tratamentul corector al insuficienţei tiroidiene, al complicaţiilor în restul sistemului endocrin şi organism. Chirurgia endocrină s-a dezvoltat pînă la nivelul unei subspecialităţi în cadrul chirurgiei generale. Şi în ţara noastră mii de bolnavi au beneficiat de o rezolvare chirurgicală a guşilor gigante, compresive, hipertiroidizante, cancerizate ş.a.

Izolarea hormonilor tiroidieni, accesibilitatea lor ca medicament, ne permite să realizăm un excelent tratament al diverselor forme de insuficienţă tiroidiană. Folosirea hormonilor celorlalte glande (îndeosebi estrogenii, andrc genii şi corticosteroizii) ne permite să stăpînim în bune condiţii tratamentul diverselor forme clinice ale guşii endemice.

★

5. Medicina românească a adus contribuţii esenţiale la o mai bună cunoaştere a endemiei de guşă şi la tratamentul ei profilactic şi curativ. Să amintim de cercetările epidemiologice executate în prima jumătate a secolului al XX-lea de C.I. Parhon şi de

D. Danielopolu, iar după 1950 de mine însumi și de elevii mei. S-a reușit în acest fel să se ofere Ministerului Sănătății o situație clară a endemiei de gușă, capabilă să fundamenteze organizarea combaterii. Am oferit de asemenea baza ei teoretică, selectarea mijloacelor și formarea de specialiști. Combaterea gușii endemice începută în 1949 s-a desfășurat după un model ce ar putea fi numit fără exagerare „românesc". Cele 43 de unități de combatere conduse de un endocrinolog, informat în problematica distrofiei, au desfășurat o activitate competentă și devotată, care a dus, practic, după două decenii la eradicarea acestei afecțiuni. Succesele obținute în țara noastră în combaterea gușii endemice se înscriu printre cele mai valoroase rezultate în ocrotirea sănătății în statul socialist. În viitorul apropiat trebuie să continuăm profilaxia gușii endemice pentru că încetarea ei ar fi urmată inevitabil de recidivă, datorită etiopatogeniei ei geografice. Carența geochimică în iod n-o putem corecta prin mijloace medico-sanitare!

Terapeutic trebuie să găsim cele mai potrivite mijloace pentru a combate gușa simplă și întreaga patologie a tiroidei pe care am numit-o restantă după aplicarea măsurilor de combatere curativ-profilactică.

În gușa endemică se impune necesitatea unor investigații epidemiologice atît în țările unde s-a aplicat combaterea cu sare iodată cît și în cele moderne; investigarea factorilor gușogeni, a factorilor genetici în transmiterea distrofiei, a patologiei tiroidiene și endocrine în general, corelată cu existența unei distrofii endemice de gușă.

La nivelul patologiei generale trebuie să considerăm mai larg bolile sistemului endocrin și patologia lui corelativă. Situația se va schimba în viitor pe măsura capacității de depistare a bolilor în stadiul biochimic, care precedă cu un număr de ani, variabil de la o categorie morbidă la alta, apariția leziunilor în organe și țesuturi. Va fi posibil să se cunoască patologia endocrină biochimică din bolile comune distrofice, degenerative și malformative care participă la patogenia, evoluția și reactivitatea lor terapeutică. Această patologie endocrină de corelație va deschide o nouă perspectivă în epidemiologia și clinica acestor boli. Este evident că această etapă de perspectivă va fi parcursă cel puțin în parte pînă la sfîrșitul secolului în dependență de nivelul și viteza de pătrundere a tehnologiei adecvate pentru depistarea patologiei biochimice.

Realizator: dr. GH. M. GHEORGHE

ÎN LEGĂTURĂ CU BOALA ȘI MOARTEA LUI DAVILA

Un contemporan al lui Davila, dr. G. Grigorescu (G.G.), publică în 1884 în revista „Spitalul" un articol intitulat „Boala d-lui Profesor Dr. Davila". Publicarea acestei observații a d-rului G.G. a fost suscitată de zvonul care se răspîndise încă din ianuarie 1884 în București despre moartea subită a d-rului Davila, atribuită apoplexiei sau unui anevrism de aortă.

„Credem interesant pentru junimea studioasă, scria Grigorescu, de a relata în cîteva amănunte, atît simptomele actuale cît și fenomenele morbide care le-au precedat". Această observație ne provoacă o veritabilă surpriză prin claritatea expunerii și argumentația clinică folosită pentru justificarea diagnosticului. Deși datînd de 90 de ani, ea se citește cu interes și depășește cu mult observațiile clinice ale timpului, chiar pe cele atribuite unor cadre universitare din acea epocă. Din acest motiv am simțit nevoia să mă informez mai pe larg despre acest Dr. G. Grigorescu (1848—1896) și să-i urmăresc activitatea începînd din 1875, cînd și-a trecut teza (No. 13) la Facultatea de medicină din București, despre „Natura și patogeneza febrei puerperale". A participat activ la războiul de independență din 1877, conducînd una dintre cele trei ambulanțe care au trecut Dunărea, urmînd trupele îndeaproape. Reîntors din război, este numit medic șef al județului Ilfov, în care calitate manifestă o activitate prodigioasă. A fost un colaborator asiduu al revistei „Spitalul".

Începînd din 1887 ocupă o catedră universitară, căci îl găsim predînd un curs de fiziologie experimentală la facultate. Cu acest prilej, profesorul Grigorescu publică „O introducere în studiul fiziologiei omului", precum și „Elemente de fiziologia omului" (1888), iar în 1889 dă tiparului un expozeu despre „Lucrările practice din laboratorul de fiziologie București".

Susține public o serie de polemici, dintre care una cu profesorii Babeș și Petrini în legătură cu un caz de medicină legală, iar alta cu d-rul Vitzu despre o problemă la ordinea zilei, microbii.

Treptat își îndreaptă interesul spre probleme de fiziologie rafinată, făcînd să apară la Paris între 1893 și 1895 o serie de comunicări dintre care citățm pe cele mai importante: „Viteza de conductibilitate nervoasă" și „Cîteva experiențe asupra rolului hemopoietic al splinei". Consider că această interesantă figură de clinician desăvîrșit, de neastîmpărat și valoros cercetător științific, ar merita un studiu care să-l plaseze la locul meritat în istoria medicală a acelor timpuri.

Dar să ne întoarcem la boala lui Davila. După cum se știe, doctorul Davila a sosit la Giurgiu și de acolo la București în 1853, fiind găzduit — chipurile, provizoriu — într-o locuință igrasioasă și necorespunzătoare, aflată pe strada Izvor, sub Dealul Mihai-Vodă. În decembrie al aceluiași an, Davila face un puseu de reumatism articular acut, care a debutat cu febră mare, delir timp de 4 zile și care l-a imobilizat în pat vreme de 65 de zile. În scrisoarea către contesa d'Agoûlt, el menționează că a prezentat și o pericardită în cursul acestei boli. Articulațiile prinse au fost, rînd pe rînd, brațul stîng, apoi gamba stîngă și în fine brațul drept. Nu știm ce s-a putut întîmpla cu acest braț drept, la care ar fi făcut o artrită purulentă. Credem mai degrabă că aceasta a succedat unui accident soldat cu fractura deschisă a olecranului. Medicii chemați în consult au opiniat pentru amputația brațului, soluție la care Davila s-a opus cu tărie. „Nu țin atît de mult la viață, pentru a o păstra cu acest preț"... îi scrie el prietenului său, Marcé, din Angers. Fapt este că pînă la urmă organismul lui tînăr a învins, dar a rămas cu anchiloza acestui braț drept. La sugestia și după planurile sale, i s-a confecționat un aparat pentru flectarea și extensia antebrațului pe braț.

Din aceeași scrisoare adresată contesei aflăm că în toată această perioadă a fost îngrijit cu mult devotament de un compatriot, doctorul Gilbert, care era probabil în trecere prin București. La consult au participat un internist în persoana d-rului Johan Nepomuk Mayer, care era medicul Curții domnești și doi chirurgi, Hector van Saanen din mahalaua Batiștei, care a condus Școala de moașe după plecarea lui Sporer și I. Patzelt, care a apucat să mai participe și la ultimul consult ce a avut loc la căpătîiul lui Davila. Preponderența celor doi chirurgi se justifica datorită artritei purulente a brațului.

Davila mai menționează în aceeași misivă și simpatia pe care i-au arătat-o cu acest prilej doamnele Manu, Cantacuzino și Ghica. Convalescența și-a petrecut-o în castelul de la Budești, pe Argeș, în drumul spre Oltenița, pe care Manu i l-a pus la dispoziție.

Tot acolo pomenește Davila despre intrigile țesute cu acest prilej ca să se obțină din partea Spătarului oștirii destituirea lui, așa-zisă „temporară", manevră la care el s-a opus cu hotărîre. Această destituire mai era cerută de consulul rus care recomandase în locul lui pe doctorul Coburg, protejatul unei principese ruse. Să nu uităm că ne aflăm în perioada conflictului ruso-turc, cînd trupele rusești conduse de generalul Budberg au ocupat Țara-Românească, iar domnitorul Știrbei părăsise țara. În octombrie 1854, odată cu revenirea pe tron a lui Știrbei, doctorul Davila este repus în drepturi.

În perioada cît a fost destituit și deși în convalescență după reumatism, Davila nu s-a împiedicat de aceste considerente și aflînd, în primăvara anului 1854, despre epidemia de tifos ce secera viețile ocnașilor de la Telega, rămași fără medic, care de teamă se evaporase, aleargă acolo ca să organizeze măsurile de prim ajutor. Dar cade și el bolnav de tifos, din care cu greu își revine, petrecînd o lungă convalescență de 3 luni de zile la castelul de la Golești. În vara aceluiași an izbucnește holera, manifestîndu-se mai puternic la Brăila. Abia repus pe picioare, Davila nu pregetă să alerge

și acolo. Dar nici holera nu-l ocolește. Revenit la București în perioada algidă a bolii, el se reface cu multă greutate din această grea încercare.

După cum bine se știe, Davila a mai luat parte la războiul franco-german din 1870. Pe drumul de întoarcere acasă s-a îmbolnăvit de o dizenterie, care l-a imobilizat vreme de două săptămîni într-un mic orășel german. Între anii 1871—1877 a mai prezentat o malarie și, în două rînduri, un erizipel al feței, contractat de la bolnavii internați în Spitalul Militar și Spitalul Colentina. La încheierea luptelor din 1877, pe cînd se mai afla într-un spital de campanie, este nevoit să se supună unei intervenții chirurgicale, pentru un furuncul antracoid, pe care i-l operează doctorul Ludovic Russ-senior, de la Iași. Cu acest prilej face, de la primele bufeuri de cloroform, o sincopă cardiorespiratorie care era pe punctul să-i fie fatală. Examinat de profesorul Russ, acesta constată existența unor sechele de endocardită, sub forma unei insuficiențe aortice.

Reîntors la București, începe să acuze palpitații și dureri anginoase, care apar la cel mai mic efort. Este surprinzător că examinat de cunoscutul internist, profesorul Marcovici, acesta neagă existența unor leziuni organice ale cordului, dar îi prescrie... digitală. Ne place să credem că acesta a vrut în realitate să-i ascundă gravitatea bolii. Cu toții, medici sau prieteni, remarcă aspectul de slăbiciune și de anemie al lui Davila. Conform terapeuticii timpului i se prescriu preparate feruginoase.

Începînd din 1882 starea lui Davila se înrăutățește: apar spute hemoptoice, dispnee, tuse, disfonie. Împiedicat de această stare, întrerupe cursul de chimie pe care îl ținea la Facultate și pleacă, în vara anului 1883, în concediu la Sinaia. Aici va păstra un timp repausul absolut, din cauza dispneei de decubit și de efort și a insomniilor.

În lumina datelor actuale de semiologie, putem aprecia că la această epocă Davila prezenta semnele unei insuficiențe cardiace globale, cu preponderența insuficienței de cord stîng. Ce forță morală a trebuit să dovedească acest bărbat, ca în aceste condiții să mai poată să se mobilizeze și să participe călare la manevrele oștirii din toamna anului 1883.

Dacă ne întoarcem la observația doctorului Grigorescu, vedem că acesta menționează următoarele semne constatate de un consult medical la întoarcerea lui Davila în București: „la inspecțiunea pieptului, îndată se constată o boltitură pe regiunea precordială; mîna aplicată pe această regiune percepe o svîcnitură violentă a vîrfului cordului, care bate în al 5-lea spațiu intercostal, în afară și dedesubtul mamelonului stîng; matitatea este puțin mărită".

„Urechea aplicată pe piept la vîrful cordului permite a se constata că zgomotele cardiace prezintă o intensitate exagerată și în același timp oferă o alterațiune în sunetul lor; întîiul zgomot conservă sunetul normal, dar al doilea este înlocuit printr-un suflu care se mărește în intensitate cu cît urechea se apropie mai mult de cavitatea axilară dreaptă; maximul de intensitate se găsește în partea dreaptă a sternului în nivelul spațiului al doilea intercostal; de aici el se propagă spre claviculă și la regiunea sternomastoidiană... Pulsul este bondisant și depresibil, prezentînd toate caracterele pulsului de Corrigan".

În final doctorul Grigorescu încheie astfel: „toate aceste simptome permit a conclude într-un mod absolut la o insuficiență a valvulelor sigmoide ale aortei". Iar mai departe același comen-

tator scrie: „Nu putem termina aceste linii fără a atrage atenţiunea asupra marei deosebiri care separă tratamentul bolilor cardiace de origine mitrală, de cele de origine aortică şi cu cît este indispensabil ca terapeutica să fie întemeiată asupra unui diagnostic riguros exact şi cum în cazurile dificile, rezultatele tratamentului sînt chiar ele controlul acestei exactitudini".

După trecerea în revistă a datelor mai importante din foaia de observaţie a doctorului Grigorescu, ne putem îngădui să apreciem, înainte de toate, că discriminarea pe care cu atîta scrupulozitate încerca acesta să o facă între leziunile mitralei şi ale aortei nu se justifică, fiindcă după părerea noastră Davila avea pe lîngă o dublă leziune aortică şi o stenoză mitrală strînsă. Pentru aceasta din urmă pledează durerile toracice, tusea şi disfonia (sindromul Ortner), consecinţa dilataţiei atriului stîng, şi mai ales sputele hemoptoice, care traduc staza venelor pulmonare. Zvîcnitura violentă a vîrfului cordului, de care vorbeşte doctorul Grigorescu, corespunde vibranţei mitrale şi se datoreşte clacmentului de închidere a valvulei mitrale, sclerozată şi indurată. Confuzia dintre uruitura diastolică mitrală şi suflul diastolic aortic este bine cunoscută de clinicieni.

În ce priveşte leziunea aortică, cu siguranţă că avem de-a face cu o dublă leziune: stenoză şi insuficienţă aortică. Suflul violent cu maximum de intensitate în al 2-lea spaţiu parasternal drept, cu propagare în axilă, clavicula şi regiunea sternomastoidiană, este un suflu preponderent de stenoză aortică. Se ştie de asemenea că în mai mult de 50% din cazurile de stenoză aortică se constată şi un suflu diastolic care traduce asocierea unui grad de insuficienţă aortică. Acesta era şi cazul doctorului Davila. Atunci însă cînd fluxul sistolic scade în aortă, apar crizele de angor şi sincopa de efort. Tot din foaia de observaţie a doctorului Grigorescu, aflăm despre aceste crize de angor şi despre sincopa pe care Davila a făcut-o în noiembrie 1883 pe cînd încerca să urce repede o scară, ca pe timpul tinereţii — adaugă acelaşi comentator.

Analiza sfigmogramei confirmă diagnosticul unei duble leziuni aortice: vîrful undei de percuţie în loc să fie ascuţit este plat, în formă de cocoaşă de cămilă, iar presiunea diastolică este reprezentată de o pantă descendentă uşor dicrotă.

În concluzie, sechelele endocarditei reumatismale interesau în egală măsură aorta sub forma unei duble leziuni, precum şi mitrala, sub aspectul unei stenoze mitrale.

Moartea lui Davila a survenit în ziua de 24 august 1884. După descrierea fiicei sale, Davila simţindu-se rău a cerut să fie ridicat din pat. „Pe fotoliu, porunci sirop, eter, injecţie de morfină... „întoarceţi pendula" ... a privit o clipă cadranul ceasului, dar ochii i s-au acoperit de pîclă, capul s-a plecat într-o parte, dar s-a rupt din somnolenţa în care se simţea tîrît. Cînd a văzut că medicamentele nu-şi mai fac efectul, a şoptit fiului său Alexandru „plecarea pentru marea călătorie"...

Dr. S. HERIŞAN

Șeful de lucrări

GEORGE EMIL PALADE

* *

Acum aproape 35 de ani, cînd am păşit pentru prima dată în sălile de disecţie ale Facultăţii de medicină din Bucureşti, atenţia mi-a fost atrasă de un tînăr cadru didactic. Era, de altminteri, greu să nu-l remarci pe doctorul George Emil Palade. Fără să fie înalt de statură, reţinea privirea prin armonia trăsăturilor feţei, prin contrastul dintre fizionomia încordată şi zîmbetul nelipsit din colţurile gurii şi mai cu seamă prin iscoditorii ochi negri.

Curînd am avut prilejul să cunosc teza sa de doctorat, elaborată sub conducerea lui Francisc I. Rainer şi susţinută în 1940. A fost o „lucrare inaugurală" neobişnuită pentru o facultate de medicină umană, deoarece se ocupa de structura tubului urinifer la... delfin. Şi mai puţin obişnuită era însă temeinicia tratării subiectului: minuţioase observaţii microscopice erau completate cu investigaţii histochimice aprofundate, totul servind argumentaţia fiziologică şi fiind raportat la anatomia şi fiziologia rinichiului uman. Dar trebuie să mărturisesc că teza lui Palade m-a impresionat şi prin succinta relatare despre vînătorile de delfini organizate în largul Mangaliei sau al localităţii Tauc-Liman din Turcia. Astfel, tînărul savant mi se înfăţişa pe atunci aproape ca un romantic vînător de balene din mările sudului...

Mai ştiam cu toţii că, pentru a se consacra anatomiei, el a renunţat la o foarte promiţătoare carieră de medic practician, după ce fusese cel mai apreciat intern al profesorului Nicolae Gh. Lupu.

În cei doi ani, cît era prevăzut studiul anatomiei descriptive, doctorul Palade a fost în permanenţă înconjurat de respectul şi admiraţia celor care am avut privilegiul de a face parte din grupa a cărei îndrumare îi fusese încredinţată.

Expunerile pentru care ne aduna din cînd în cînd, într-un colţ al sălii de disecţie sau în micul amfiteatru alăturat, erau din cele mai captivante, măcar că tematica părea să fie din cele mai aride: descrierea amănunţită a înfăţişării, a poziţiei şi a raporturilor reciproce ale diverselor formaţii din organism. Palade ştia să însufleţească aceste cunoştinţe seci, căci asemenea lui Rainer, nu se mulţumea cu simpla inventariere şi „fotografiere" a formelor anatomice; el ne prezenta totodată structura microscopică a ţesuturilor şi organelor, punea în legătură această structură cu funcţia pe care ea o îndeplineşte în ansamblul corpului omenesc, se referea la evoluţia sa de la stadiul embrionar pînă la maturizarea organismului, făcea incursiuni în anatomia comparată şi, cînd era cazul, semnala modificările patologice pe care le poate suferi formaţia studiată. Prelegerile sale vădeau cunoş-

tințe ce depășeau cu mult cercul de preocupări ale morfologiei clasice, întinzîndu-se sistematic în domeniul biofizicii și biochimiei, al fiziologiei și fiziopatologiei, al biologiei generale și nu arareori chiar în al disciplinelor zise umaniste.

Expunerea era nu numai limpede și ordonată, dar și elegantă. Pronunțarea era răspicată dar și nuanțată; ne încîntau inflexiunile ei nițel moldovenești și chiar unele note siflante, care parcă adăugau vocii un plus de expresivitate.

La masa de prosectură, Palade demonstra o îndemînare excepțională. Priveam fascinați cum, sub bisturiul său, țesutul conjunctiv se despica parcă de la sine, fără ca vreo arteriolă sau vreun firișor nervos să se rupă; izbutea să pună grabnic ordine într-o zonă din cele mai „încîlcite", care după aceea ni se înfățișa cu claritatea unei planșe dintr-un tratat clasic.

Pas cu pas, Palade ne dovedea că disciplina pe care o cultivă este anatomia *rațională*. Fiecare noțiune, oricît de banală și de modestă ar fi părut ea, trebuia însușită nu atît printr-un efort de memorie, ci printr-un demers logic.

Îmi amintesc că odată, cînd noi studenții ne aflam în „controversă științifică" din pricină că diferitele manuale pe care le consultam erau ele însele în divergență, întrebîndu-l dacă în cutare porțiune a brațului cutare arteră este plasată de regulă anterior sau posterior față de cutare nerv, Palade nu ne-a dat imediat răspunsul cerut; el ne-a obligat să-l însoțim de-a lungul unui raționament complex, în care intrau mai ales considerente embriologice și fiziologice: ținînd seama de succesiunea apariției formațiilor osoase și musculare ale brațului, cu respectivii lor nervi și vase sanguine, ținînd seama de orînduirea și răsucirea acestor elemente anatomice corespunzător funcțiilor mecanice îndeplinite de braț, ținînd seama și de alți factori, cum ar fi nevoia apărării arterelor de rănirile la care le expune, de pildă, folosirea prea energică a membrului, se poate deduce poziția reciprocă cea mai „convenabilă" a formațiilor anatomice în cauză. După desfășurarea acestei argumentații a luat o pensă și ne-a demonstrat pe cadavru că, într-adevăr, natura promovează principiile de logică anatomică și fiziologică evocate adineauri. Am înțeles atunci că, pentru șeful nostru de lucrări, corpul omenesc se înfățișa ca un ansamblu dinamic, asupra căruia și-au pus pecetea deopotrivă trecutul adaptativ al speciei și experiența funcțională a individului.

Într-atît a reprezentat Palade pentru noi prototipul anatomistului, încît aflînd mai tîrziu despre excepționalele sale realizări din domeniul citologiei și al biochimiei, ne-am simțit parcă derutați; pînă cînd ne-am dat seama că preocupările care i-au asigurat celebritatea mondială nu constituie decît adîncirea unor străduinții științifice manifestate în chip evident încă din perioada pregătirii tezei de doctorat.

Acum 10—15 ani începuse să se vorbească despre perspectiva primirii de către compatriotul nostru a premiului Nobel pentru cercetări în legătură cu morfologia fină a celulei și mai ales pentru descoperirea ribozomilor. La un moment dat părea însă că această perspectivă se îndepărtează, întrucît preferințele juriului de la Stockholm mergeau aproape exclusiv către lucrări din domeniul geneticii. Cu atît mai îmbucurătoare a fost pentru noi știrea că premiul Nobel pentru medicină pe anul 1974 a fost acordat unui om de știință a cărui formație se întemeiază pe strălucite studii la Facultatea de medicină din București

Dr. G. BRĂTESCU

ştiaţi că?

Marele *Theophrastus Bombastus Hohenheim-Paracelsus* (1493—1541), profesor la Basel, a călătorit prin Ardeal şi Valahia între 1521 şi 1524?

După ce a fost alungat din Basel, pentru că a ars în public operele lui Galen spre a termina cu dogmele în medicină, s-a dus în Ungaria, apoi a venit la noi în ţară, unde, după propria-i mărturisire „a căutat şi cercetat tainele artei medicale, de la băieşi, femei bătrîne, doctori învăţaţi, bărbieri, magicieni, pînă şi de la alchimiştii din mănăstiri". La Reghinul săsesc figura lui Paracelsus a intrat în legendă ca a unui doctor minune, „încuscrit cu diavolul". În această călătorie, el a cercetat cu deamănuntul bogăţiile naturale, flora, băile termale şi minerale din Transilvania *(Fr. Müller, Siebenbürger Sagen* şi *Legendele ardelene)*.

Prima poezie românească tipărită cu caractere latine a fost dedicată medicului *Francisc Páriz Pápai* (1649—1716), cu ocazia susţinerii disertaţiei de doctor („De Tribus Consiliis Medicis") în 1674 la Basel?

Trecînd cu succes examenele şi lucrarea de doctorat, Fr. Páriz Pápai a fost felicitat de profesorii şi colegii săi, care i-au recitat versuri în latină, greacă, franceză, germană, maghiară şi română (după naţionalitatea colegilor ce studiau la Basel). Colegul şi prietenul său, poetul român *Mihail Halici-fiul* (1643—1712), autorul primului dicţionar bilingv cu limba de bază română *(Dictionarum valachico-latinum)*, i-a dedicat, din Aiud versurile unei Ode:

„Cînt sănătate, sărind la voi, Rumanus Appolo
„Fraţi, fîrtaţi, nimfele iasă curînd;
„Domni buni, mari doctori, dascăli şi bune doamne
„Cu pace îi fiţi, cu pîine şi sare, rugăm..."

Oda a fost publicată în „*Vota solennia quae Nobilissimi Clarissimi Viri D. Francisci Pariz de Papa Transylvano-Honoribus Doctoratibus* (1674), reprodusă şi tradusă în latină în 1774 de Veszpremi în „*Succinta Medicorum Hungariae et Transylvaniae Biographia*" (Leipzig), de unde a pătruns în toate manualele de istoria literaturii române.

În lucrarea sa „*Vaccina din Cluj*" (Kolozsvári tehenhimlö), 1802, medicul iluminist *Ferenc Nyulas* (1758—1808) menționează că practica variolizării la români exista cu mult înainte de a fi inițiată de Ed. Jenner (1749—1823)? El descrie și procedeul folosit.

Domnitorul Nicolae Mavrocordat amintește în lucrarea „*Păreri și cugetări*" de existența microscopului și de variolizare („altoirile și transplantările nu sînt mai puțin primejdioase la oameni decît la plante"). Soția lui, Pulheria, și-a variolizat copiii în 1713 la Constantinopol, deci cu 14 ani înaintea celebrei Lady Montague, căreia i se atribuie prioritatea în practica variolizării. Empiric, variolizarea o practicau vechii chinezi, iar la europeni o popularizează *Em. Timaris* și *Jacob Pilarino* (1659—1718) prin lucrarea „*Nova et tuta variolas excitandi per transplantantionem methodus*". (O nouă metodă și sigură de producere a variolei prin transplantare), 1715.

Jenner publică rezultatele metodei sale științifice de vaccinare abia în 1798.

Doctorul *Gustav Otremba* (1833—1891) a fost coautor muzical la două opere naționale reprezentate la Iași?

La 8 martie 1880 s-a jucat pe scena Teatrului național din Iași opereta (operă comică) „*Olteanca*", în 3 acte, de Eduard Caudela (1841—1924) și G. Otremba, libretul fiind întocmit de Gh. Bengescu-Dabija. Echipa de artiști i-a asigurat o serie de 14 reprezentații, între care una de gală (oct. 1880). Valoarea ei muzicală a determinat ca să fie reprezentată și la București în stagiunea 1881—1882, iar în primăvara anului 1906 a fost jucată de societățile muzicale „Armonia" și „C. Porumbescu" la Cernăuți și Suceava.

Peste trei ani (1883), Caudela și Otremba (medic militar, șeful diviziei a IV-a teritoriale), compun opereta „*Dorman*" sau „*Românii și Dacii*", după libretul lui N. Beldiceanu, care a fost pusă în scenă de Alex. Șuțu și Th. Aslan.

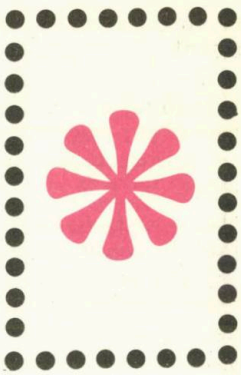
Profesorul doctor *Dimitrie Grecescu* (1840—1910), membru al Academiei Române și al Academiei internaționale de botanică geografică din Franța, se ocupa în orele libere cu muzica (cînta la flaut), desenul și pictura?

În tinerețe luase lecții de desen de la *Theodor Aman* (1831—1891); la Paris se împrietenise cu *N. Grigorescu* (1838—1907); iar la București legase intimă prietenie cu chimistul *Alfred Nicolaus Bernard Lendwáy* (1836—1924), de unde a rezultat memorabila „trinitate", imortalizată de Grigorescu. Pe cei doi colegi și prieteni Grigorescu i-a prins în multe și diferite schițe, desene și picturi: „*Bernard și Grecescu dormind*", „*Siesta dr. Bernard*", „*Portretele lui Grecescu*" (1864, 1870), „*Portretul lui Grecescu cu fes*", „*Intrarea în pădurea Fontainebleau*" etc.

CONSTANTIN I. BERCUȘ

„PROFESIUNI DE CREDINȚĂ”

TESTAMENTE MEDICALE



In introducerea studiului operațiilor executate între 1880 și 1892 la Spitalul Colțea, prof. chirurg C.D. Severeanu (1840—1930) face o profesiune de credință, afirmînd că și-a îndeplinit conștiincios îndatorirea, nu a refuzat nici un pat bolnavilor care se prezentau și că niciodată nu a abuzat de funcțiunile sale făcînd din ele un mijloc de reclamă. „Nu am operat numai ca să operez și nu am fost atins de trombofobie (frica de morminte)“

Chirurgul Severeanu opera ca să prelungească viața pe cît posibil, chiar cu riscul de a fi defăimat. „Nu am operat nici în scopul de a mări statistica operatorie și nici din curiozitate, ci cînd a trebuit, chiar cu riscul de a nu obține lauri, ci numai cu simpla dorință de a prelungi pacienților mei pentru cît timp a fost posibil, viața“.

„Înainte de toate, chirurgul trebuie să se gîndească să facă maximum de bine bolnavului, iar operațiunea să nu-i cauzeze complicații imediate sau tardive. Oricare ar fi specialitatea chirurgului, să nu se bage în complicațiuni inutile și după cum lui nu-i place să fie operat de complezență, ori printr-o intervenție cu totul hazardată, urmată de mari riscuri, tot așa chirurgul să opereze numai ceea ce îi este indicat, iar cînd situația se prezintă mai presus de puterile și știința operatorului, este bine să evite intervenția, întîrziind-o pentru altă dată. Dacă are totuși siguranța că poate face ceva, să prefere tratamentul operator chiar în două sau mai multe ședințe, ca să nu-și rupă gîtul și să nu moară omul“.

Se spune că un adevărat clinician nu poate fi mare în accepția principală a cuvîntului, dacă în fața bolnavului nu simte tot zbuciumul artistului și toată tragedia celui în suferință; dacă în judecata simptomelor nu are discernămîntul logic al omului de știință.

„Eu — spunea prof. I. Nanu-Muscel — am fost crescut în cultul bolnavului și în respectul suferinței lui;

în cultul sălii bolnavilor, al vizitei ordonate şi regulate, în cultul acestei vizite în decursul căreia, cînd apari în pragul sălii, simţi fiorul ce-ţi dă freamătul mişcării acelor bolnavi care se întorc spre tine cu privirile lor pline de nădejde că le vei găsi poate leacul suferinţelor lor" (Volumul omagial I. Nanu-Muscel, Buc. 1936).

Mare şef de clinică, modest şi discret, prof. I. Nanu-Muscel (1862—1938), care a fost „un frumos şi nobil exemplu de conştiinţă, de probitate şi onoare", cerea studenţilor — în prelegerea sa inaugurală de la 30.X.1906— — să păstreze respectul şi iubirea bolnavilor, respectul şi iubirea adevărului şi a probităţii ştiinţifice, dragostea de profesiune, muncă cinstită şi cu entuziasm, adică tot ceea ce l-a onorat pe el însuşi în lunga-i şi valoroasa sa carieră, într-o viaţă de om integru.

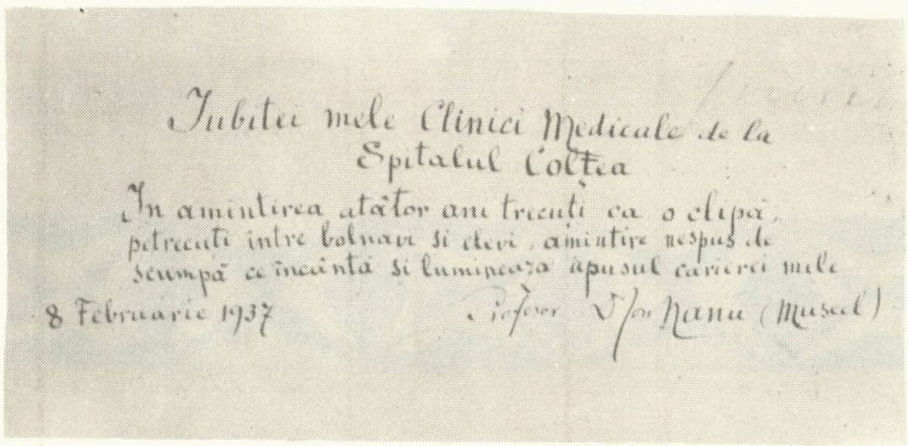
Elevilor şi colaboratorilor săi le atrăgea în permanenţă atenţia să nu supraevalueze momentul artistic al medicinei faţă de fondul său ştiinţific şi afectiv.

La 8.II.1937 îi lasă „Iubitei sale Clinici medicale de la spitalul Colţea" o inscripţie de trei rînduri: „În amintirea atîtor ani trecuţi ca o clipă, petrecuţi între bolnavi şi elevi, amintire nespus de scumpă ce încîntă şi luminează apusul carierei mele".

Un alt mare chirurg, prof. agr. Ion Jianu (1880—1972) a pus de s-a incrustat în 1924 pe zidul clinicii sale de chirurgie de la Colentina, ca o expresie a gîndurilor şi pasiunilor sale, următorul îndemn testamentar: „Munciţi stăruitor şi conştiincios, cu metodă şi drag, fără teamă de obstacole, pentru înălţarea României, pentru progresul civilizaţiei şi binele umanităţii."

Prof. dr. Mina Minovici (1858—1933), care a activat la Catedra de medicină legală timp de peste trei decenii şi jumătate, conducînd şi Facultatea de medicină din Bucureşti, în patru rînduri ca decan, adresează următoarea scrisoare la 24.X.1932, noului decan: „Nemaiputînd eluda efectele poruncii necruţătoarei legi a limitei de vîrstă, părăsesc cu strîngere de inimă catedra căreia vreme de treizeci şi cinci de ani i-am consacrat toate puterile minţii mele, tot devotamentul sufletului meu, închinat chemării măreţe de a forma generaţii de tineret, speranţa de azi, reazămul de mîine al patriei, culturii, civilizaţiei şi propăşirii naţionale.

Coborînd treptele catedrei la care am slujit din cei mai tineri ani, la sfîşierea firească a clipei se adaugă duioşia amintirii timpului petrecut alături de colegii dragi, dintre care unii


Iubitei mele Clinici Medicale de la
Spitalul Coltea
In amintirea atâtor ani trecuti ca o clipă,
petrecuti intre bolnavi si elevi, amintire nespus de
scumpă ce încântă si luminează apusul carierei mele
8 Februarie 1937 Profesor D. Nanu (Muscel)

mi-au fost întîi elevi, de colegii care toţi mi-au dat nepreţuite mărturii de măgulitoare aprecieri şi de caldă şi trainică simpatie.

Cu emoţiune, cu neştearsă recunoştinţă îmi voi aminti întotdeauna că, numai mulţumită consideraţiunii şi afecţiunii de care m-am bucurat din partea consiliului profesoral, a fost cu putinţă ca data fatală a plecării mele de la Facultate să fie întîrziată cu patru ani. E o demonstraţie unică în analele Universităţii Româneşti, prin care colegii mei au ţinut să-mi arate preţul ce puneau pe prezenţa mea în mijlocul lor. Mai mult. În chiar aceiaşi ani de graţie mi-au reînnoit mandatul de a conduce Facultatea, înălţîndu-mă astfel în patru rînduri la postul de decan. Iată tot atîtea titluri prin care colegii mei şi-au dobîndit dragostea şi gratitudinea mea.

Rugîndu-vă să fiţi, domnule decan, pe lîngă Consiliul profesoral interpretul simţămintelor mele, ţin să vă declar că despărţirea mea de catedră nu o consider decît ca un concediu nelimitat; ca şi timp de treizeci şi cinci de ani rămîn mai departe legat cu inima şi cu cugetul de Facultate, a cărei propăşire va forma pînă **la ultima suflare obiectiva urărilor mele fierbinţi".**

Astfel şi-a încheiat cariera prof. Mina Minovici, cel care la penultima alegere de decan declarase: „Nu există interes personal, indiferent sub ce formă s-ar prezenta. Există un singur interes, unul mare şi sfînt, acela al bunului mers al aşezămîntului de cultură la altarul căruia slujim cu toţii. Facultatea de medicină din Bucureşti, care prin organizaţia ei stă în fruntea celorlalte facultăţi, trebuie să fie vrednică de a da tonul vieţei universitare. Şi vrednicia aceasta nu se poate dobîndi şi păstra decît prin muncă temeinică în cadrul ordinei şi al legalităţii".

C. I. BERCUŞ

mică antologie epigramatică

alcătuită de GIUSEPPE NAVARRA

Dimitrie TELEOR
(1858—1920)

Flămînd.

Că n-a mîncat de-o săptămînă-mi pare,
S-a plîns la doctorul cel prea bogat,
Iar doctorul — deştept şi învăţat —
I-a dat ceva de poftă de mîncare...

Cincinat PAVELESCU
(1872—1934)

Unui prieten care, într-o cronică, mă făcuse „spiţer".

Mă faci „spiţer", dar nu m-apasă
Sarcasmul tău cel culinar:
M-aş face chiar veterinar,
Ca să-ţi fiu „doctorul de casă".

Radu D. ROSETTI
(1874—1964)

Unui medic electroterapeut.

Specialist în multe boli,
Lucrează scurt, frumos şi rece.
Te-aşează-n baie-ntre doi poli
Şi dînsul încasează zece...

Sofronie IVANOVICI
(1875—1963)

Unui dentist.

În arta ta, cum operezi,
Nu ai rivalitate:
Toţi clienţii te admiră
Cu gurile căscate.

George RANETTI
(1875—1928)

Unui alcoolic.

„Din pelin nu faci zahar".
Astfel spune-un cîntec; dar
Cu pelin, tu izbuteşti,
Ca să te zahariseşti!

Valentin BUDE
(1876—1933)

Gripa.

Dacă-ncepe boala,
Se închide şcoala.
Dacă-ncepe şcoala,
Se deschide boala!

VERO
(1882—1939)

Medicului meu.

„Spanacu-i foarte sănătos",
Îmi recomanzi cu-n aer grav.
Spanacu-o fi, dar ce folos,
Eu sînt bolnav!

Ştefan IVANOVICI-TERENŢIU
(1884—1967)

Pe mormîntul unui medic.

Inconştientă este moartea
Şi lacomă de te-nfiori,
Căci şi-a-nghiţit cu nepăsare
Pe cel mai bun din furnizori.

George TOPÎRCEANU
(1886—1937)

Chirurgului dr. Tzaicu.

Noi, amîndoi, avem destul talent,
Dar știi ce spune Muza speriată?
Ca dumneata să-mi fii mereu client,
Iar eu al dumitale, niciodată!

Ion I. PAVELESCU
(1889—1924)

D-rei doctor D.T., cu ocazia unei intoxicări.

Am un medic-domnișoară...
De-am murit, să știți pricina:
Frumusețea ei omoară
Și mai mult ca medicina!

Nicolae CRUCERU
(1893—1972)

La catafalcul unui medic.

Nu pățiși nimic în viață,
Dar—murind — se-ngroașă gluma:
Cu clienții, răposații,
Ai să dai de dracu-acuma!

Aurelian PĂUNESCU
(n. 1894)

Unuia care se tratează împotriva căderii părului.

Fii băiat inteligent;
Cînd a apărut chelia,
Nu-i decît un tratament:
Pălăria!

Al. O. TEODOREANU
(1894—1964)

Laringologului.

Cînd îmi spui: „deschide gura!"
Și te uiți în ea cu farul,
Vrei să dregi cu picătura
Ce n-am dres eu cu paharul?

Alexandru DEVECHI
(1895—1956)

Consult.

El — bolnav. Soția, tot bolnavă.
Doctorii își spun cu-n ton greoi:
— S-ar putea, cum boala-i foarte gravă,
Să rămînă văduvi amîndoi!

Florin IORDĂCHESCU
(n. 1899)

Unui medic.

Îi sfătuiești pe fiecare:
— Tu pleci la munte, tu la mare,
Dar pacienții îți fac felu'
Căci toți se întîlnesc la Bellu!

Ghiocel CONSTANTINESCU
(n. 1908)

Epitaful ipohondrului.

Pornit pe ultimul meu drum,
Vă-ntreb pe tonul cel mai grav:
Cum? Nu mă credeți nici acum
C-am fost bolnav?!

Mircea PAVELESCU
(n. 1908)

Unuia, certat cu igiena.

Domnul Ics, om onorabil,
Zace-acum într-un sicriu,
Mirosind mai agreabil
Decît ieri — cînd era viu.

Ioan MARTIN
(n. 1911)

Unui chirurg care a operat un scriitor celebru.

Cînd doctorul l-a operat,
Întregii lumi a demonstrat
Că genialul scriitor
Nu este chiar nemuritor!

Alexandru CLENCIU
(n. 1913)

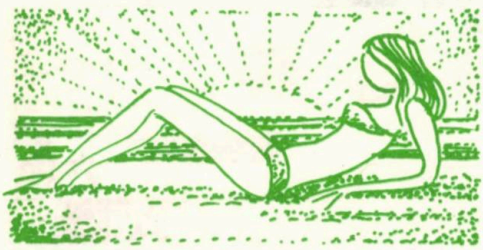
Unui bărbos chel.

Un gînd năstrușnic îl apasă,
De ordin pur chirurgical:
Să-și transplanteze barba deasă
Deasupra osului frontal!

CORP STRĂIN

Sfîrşitul de concediu estival
El şi l-a petrecut pe litoral.
Înapoiat de-o săptămînă-aproape,
Avea mereu senzaţia, sub pleoape
Că simte-un corp străin. Nu-l prea
jena;
Mai s-ar spune că îl obseda.
L-a cercetat un oculist vestit
Dar n-a văzut nimic deosebit:
Cel mult un plus de sensibilitate...
Cu toate astea el avea dreptate,
Că i se imprimase pe retină
Un corp străin... de tînără blondină.

FLORIN IORDĂCHESCU



NEA MĂRIN LA DISPENSAR

Sînt adus cu febră mare.
Doftorul, la consultare,
O întreabă, grav, pe muica:
— „Cîte grade are ţuica?“

DEMNITATE

E bun şi ca dermatolog
Dar mai abil ca psiholog,
Intrînd — cum spun gurile rele —
Chiar medicului şef sub piele.

PREVEDERE

Mă-ncred în doctor şi-i urmez
Prescripţiile toate-n bloc,
Că-am loc de veci şi cotizez
La Ajutorul Reciproc.

ION GEANĂ

BOALĂ GREA

Sportu-i o plăcere dacă ştii să-l guşti,
Cei ce îl detestă sînt nişte vetuşti
Fotbalul mi-e-n sînge de cînd eram

De la prima pîn-la ultima etapă,
Tune şi trăznească; nici un meci nu-mi
scapă
Parcă fără mine n-ar putea să-n

Boala n-o-nţelege scumpa mea soţie
Şi mă tot pisează — pîn-la nebunie —
S-o ajut la treaba din gospodăr

Dacă i-aş răspunde: „Nu, dreptate
n-ai!“
Viaţa împreună nici c-ar mai fi trai.
Tac. Aşa-i mai bine şi mă fac niz

Dar cînd colţii iernii îmi vor bate-n
geam
Şi îmi vor impune altfel de program,
La gospodărie o să mă în

„Curăţă cartofii!... oala ia de-o
spală!...
Du-te după pîine!...“ Va fi o cicală
Ce-o să mă preschimbe într-o

. . . . . .

Cînd s-o duce iarna cu urîtul ei
Şi o să apară primii ghiocei,
Nu mai curăţ ceapă, morcovi nici

FLORIN IORDĂCHESCU

din perspectiva anticipației

Un viitor posibil al medicinei

După cum se știe, *știința viitorului* are drept unul dintre conceptele sale fundamentale, pe cel de *viitor posibil*. Bertrand de Jouvenel a introdus termenul (la plural) de *futuribles*, prescurtare din *futurs possibles*, pentru a sublinia că previziunile duc la *modele multiple* de viitor, fiecare cu condiționările sale, implicit cu probabilitățile sale diferite de realizare.

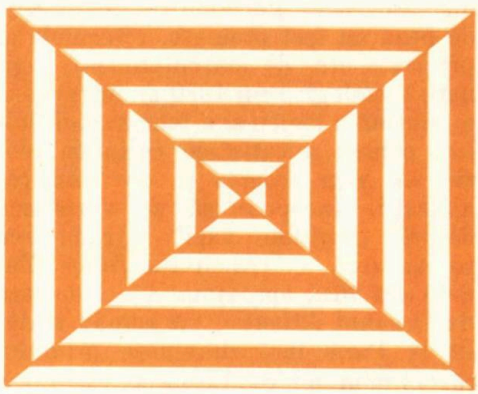
Două înțelesuri ale revoluției științifice și tehnice

În perioada care a urmat imediat celui de al doilea război mondial (1939 — 1945), care a fost și cea din urmă conflagrație planetară, s-a notat un avînt deosebit al științei și al tehnicii. În curs de douăzeci și cinci de ani statisticile au înregistrat o creștere în progresie geometrică a numărului oamenilor de știință, a instituțiilor de cercetare, a brevetelor tehnice. Producția industrială ca și cea agricolă au beneficiat de pe urma acestui avînt, asistîndu-se la înnoirea tehnologiilor, la o mare creștere a productivității muncii, la dezvoltarea conexiunilor dintre cercetare, proiectare și aplicațiile practice. Cu drept cuvînt știința a devenit o forță nemijlocită de producție, așa după cum preconizase, cu aproape un secol înainte, K. Marx. Reciproc, progresele tehnologiei au pus la dispoziție cercetărilor științifice aparate de mare finețe și eficiență; după specificul fie-

cărei ştiinţe, cu ele au fost înzestrate laboratoare de variate dimensiuni, unele dintre ele (cele de fizică nucleară, de exemplu) ajungînd la proporţii de uzină. Viteza de descoperire a datelor noi începuse să fie atît de mare încît termenul metaforic de „explozie informaţională" ajunsese să descrie situaţii cu adevărat dramatice.

În acelaşi timp, însă, tehnica dezvolta, în ritm relativ alert, auxiliare importante ale memoriei, calculului şi operaţiilor intelectuale elementare: maşini „de gîndit", *ordinatoarele*. Cu largi aplicaţii în industrie, în economie, în proiectarea realizărilor de performanţă cum erau primele zboruri cosmice, calculatoarele electronice sprijineau procesul de *automatizare* care revoluţiona sectoare întinse din producţia materială. Ştiinţa a beneficiat imediat de pe urma progreselor menţionate, înregistrarea datelor cantitative şi prelucrarea lor rapidă fiind numai o parte din avantajele exploatate. Beneficiile au fost mai convingătoare şi mai ample în acele ştiinţe în care, prin tradiţie, matematicile jucau un rol însemnat în consemnarea rezultatelor şi în elaborarea unor teorii: fizică, astronomie. În afară de prelucrarea informaţiilor, ordinatoarele permiteau testarea unor *modele teoretice* complexe, *simularea* unor „comportamente" în sisteme cu multe componente.

Încă în 1948, un matematician american, N. Wiener, într-o carte celebră, propusese constituirea unei ştiinţe, *Cibernetica*, care să considere, dintr-un punct de vedere abstract eventual cu ajutorul matematicii, procesele de comandă şi de reglare din organismele vii, din maşinile automate şi din societate. În acelaşi an inginerii din telecomunicaţii puseseră, cu Shannon, bazele teoriei matematice a informaţiei. Biocibernetica a progresat relativ încet, din cauză că în biologie, ca şi în medicină, metodele matematice erau folosite numai sporadic, biologii şi medicii fiind rezervaţi sau avînd o oarecare aversiune faţă de abstracţie şi de cantitate. Totuşi, biocibernetica a atras atenţia teoreticienilor şi filozofilor ştiinţei, punîndu-le întrebarea dacă adevărata revoluţie în ştiinţă şi tehnică nu trebuie definită printr-o schimbare a mentalităţii, printr-o nouă serie de concepte, printr-o idee fundamentală—printr-o altă *paradigmă*. S-a admis treptat că această paradigmă este legată tocmai de conceptul de *informaţie* care — aşa cum s-a constatat fără întîrziere — nu este nici substanţă (în înţelesul pe care-l dau chimiştii acestui termen), nici energie (în înţelesul pe care-l dădeau fizicienii termenului respectiv), ci semnal sau semn, specificare — servind la organizare sau la comunicare. Încă spre anul 1955, fecunditatea noilor concepte se făcuse simţită prin descoperirea structurii ADN-ului şi postularea „codului genetic" conform căruia informaţia structurală din acizii nucleici este tradusă în informaţia structurală a proteinelor. Totuşi, cînd în 1973, un autor român



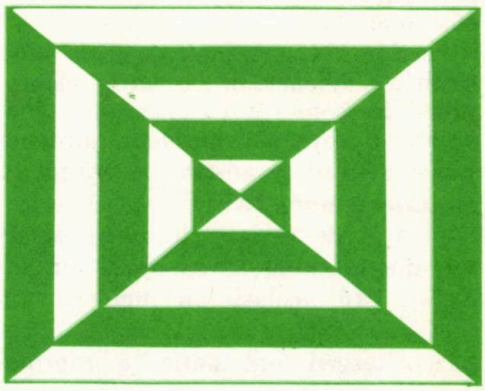
a publicat un *Eseu de biologie informațională*, spiritele tradiționaliste nu erau încă apte de a înțelege noua perspectivă și consecințele ei asupra geografiei științei viitorului. Majoritatea medicilor credeau că *medicina informațională* s-ar reduce la o amplă utilizare a calculatoarelor în diagnostic, în munca de „arhivar" a spitalelor, în evidența statistică medico-sanitară și în documentarea științifică.

Bionizarea și „biologizarea" științei

Totuși, la acea dată, progrese însemnate erau consemnate într-un domeniu nou și fructuos: în *bionică*. Studiind soluțiile găsite de natura vie în probleme de adaptare cu conținut chimic, mecanic, comunicațional etc., inginerii începeau să se inspire din ele în interesul producției de bunuri materiale, al ameliorării construcțiilor și vehiculelor etc. Un pas mai departe — și din *modul în care guvernează creierul* ca și din studiul echilibrului și dinamicii în populațiile naturale, a fost marcat un nou drum de specialiștii în știința conducerii și organizării întreprinderilor. Transferul de concepte și de soluții a fost favorizat de elaborarea arborescentă a *teoriei sistemelor*, inițiată după 1940 de un biolog austriac, L.v. Bertalanffy. Ideile sale de bază au fost preluate, reformulate, precizate etc. de matematicieni, ingineri, sociologi. Prin 1970 se întrevedea o reformă a logicii și a teoriei mulțimilor, pentru a satisface cerințele teoriei în plin progres și cu multiple aplicații. Începuse să se vorbească despre „mulțimi vagi" — traducerea românească a termenului *fuzzy* (Zadek) era însă aproximativă. Dincoace de Oceanul Atlantic, un român stabilit la Paris încă dinaintea primului război mondial, St. Lupasco, lucra la o „logică a contradicției" care se desprindea hotărît de logica conservatoare aristoteliciană, și cărțile sale publicate între 1960 și 1974, privind *Cele trei materii* și *Materia psihică*, sugerau necesitatea unei schimbări radicale a mentalității științifice, pornind de la experiența microfizică, pe de-o parte, și de la constatările biologiei, pe de altă parte.

Ortoștiință și paraștiință

Cei mai radicali dintre revoluționari nu erau însă restrînsa tagmă a biologicienilor *(sic)* și a biomatematicienilor, ci cei care studiau fenomenele „bizare" ale telepatiei, telekineziei, clarviziunii și premoniției. Erau fenomene pe care la începutul secolului un fiziolog renumit, Ch. Richet, descoperitor al anafilaxiei, le grupase sub eticheta de *metapsihică;* dar în anii la care ne referim (1970—1980) eticheta de circulație largă era cea de *parapsihologie*. Parapsihologii cereau ca aceste fenomene „bizare" să fie atestate prin metodologia științifică general validată; faptul că nu erau (încă) explicabile, nu-i deranja; dimpotrivă. În felul acesta, ei gîndeau exact opus ca majoritatea profesioniștilor științei, care nu admiteau ca *existent* decît ceea ce era *explicabil*.

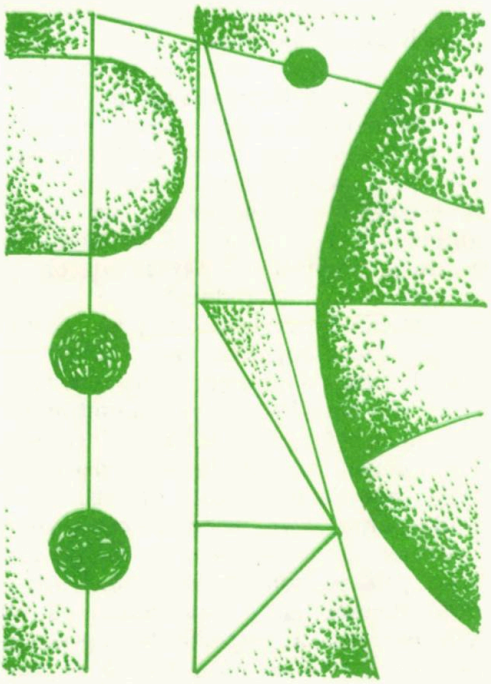


Această majoritate era impermeabilă la argumente de istoria științelor sau de filozofie marxistă, argumente ce arătau *limitele istorice* ale înțelegerii științifice și proclamau apropierea *dialectică* de adevăruri mai cuprinzătoare, prin „negații" succesive ale paradigmelor vechi. Parapsihologii, dimpotrivă, susțineau că faptele științific atestate sînt cu atît mai utile dinamismului științei, cu cît sînt mai greu de înțeles *la un moment dat*, cu cît sînt (deci) mai *provocatoare*. Congresele de parapsihologie au asociat electroniști, ingineri, biofizicieni etc. sub indicativul de *psihotronică* — și la acumularea datelor au contribuit în egală măsură sovietici, cehoslovaci și americani. România s-a înscris, la început, cu comunicări teoretice care subliniau *aspectul informațional* al fenomenelor — și s-a propus chiar termenul de *psihoinformatică*. După 1975, cercetările din acest domeniu au fost instituționalizate și în această țară.

Parapsihologii arătau că dacă fenomenele *psi* sînt atestabile, ele obligă la o reconsiderare a modelelor despre spațiu, timp și cauzalitate, modele furnizate — pînă atunci — de fizicieni, pornind de la observații și experimente fizice. Biologia și psihologia oferă însă altfel de deschideri spre adîncurile realității. În biologia „pre-revoluționară", erau acceptate *în cadrul științei* numai faptele în acord cu modelele fizico-chimice. Revoluția științifică din jurul lui 1980 a dus la înglobarea, în cadrul biologiei și medicinii, a unor observații pînă atunci *suspectate* de neautenticitate, acumulate de practicile yoga, de acupunctură, de homeopatie ș.a.m.d.

Medicina integrală și integratoare

Primele succese au fost repurtate de acupunctură. Între 1950 și 1975, cercetători francezi, români și sovietici



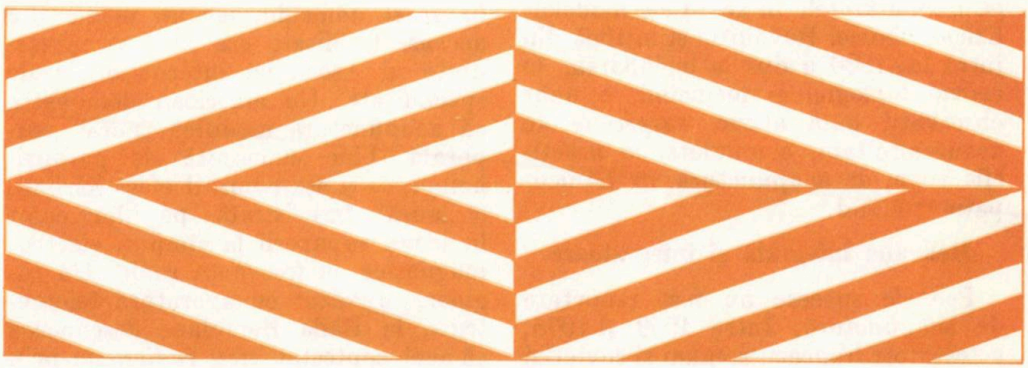
au descoperit că misterioasele puncte în care înfigerea acelor metalice putea dirija funcționarea organelor interne, au particularități bioelectrice perfect caracterizabile. În China populară, revirimentul medicinii tradiționale a dus la elaborarea anesteziei prin acupunctură. În 1974, o teză de doctorat în medicină, susținută la București sub conducerea unui clasic al neuropatologiei aducea fapte și idei noi în acest domeniu, iar un medic din aceeași localitate era ales vicepreședinte al Asociației internaționale de specialitate. Un american demonstra că acupunctura modifică „aura" corporală, bine cunoscută de parapsihologi, ca și așa-numitul efect Kirlian, o „aură" înregistrată pe film color în urma supunerii la cîmpuri electromagnetice de frecvență radio. Un inginer, prevăzut cu aparatură telemetrică, la Băile Herculane descoperea că acel contestat *efect radiestezic* prin

care individul sensibil, purtător al unei baghete de lemn, „simte" anomaliile geologice (ex. izvoarele subterane), poate fi obiectivat pe traseul electrofiziologic şi că aceleaşi condiţii de mediu care fac ineficace tratamentul prin acupunctură, perturbă şi investigaţia bio-geofizică de tipul amintit. Totul începea să se lege, în sectorul neglijat al paraştiinţelor şi al medicinii „heterodoxe".

Partizanii explicaţiilor prin sugestie şi psihoterapie s-au văzut nevoiţi să admită că neglijarea „imponderabilelor" din om a fost o greşeală metodologică derivată din fizicalism, o formă de mecanicism, deci de filozofie nedialectică. Încă de mai multe decenii, existenţa unor *boli psiho-somatice*, boli viscerale „cauzate" de evenimente sau stări psihice, era indubitabilă. Dintr-o dată medicii şi-au dat seama că au acordat multă importanţă „psihicului care strică" şi prea puţină — „psihicului care ajută şi vindecă". Şi-au amintit de studiile lui Al. Carrel, laureat al premiului Nobel, asupra vindecărilor obţinute prin stări psihice speciale. Au căutat să reproducă stări asemănătoare, în laborator, prin substanţe chimice. Au supus examenelor biochimice şi electroencefalografice pe practicanţii exerciţiilor yoga şi ai meditaţiei Zen. Un japonez stabilit în America, Kamyia, a reuşit să „înveţe" pe cîţiva voluntari să-şi regleze, după voie, undele electroencefalogramei. Alţi cercetători au „învăţat" animale şi oameni să-şi modifice direct (mental) frecvenţa pulsului şi tensiunii arteriale. Cel mai greu a fost însă să se introducă în învăţămîntul medical concepţia *monistă* despre om (în locul tradiţionalei dicotomii între „corporal" şi „psihic") şi — în programele facultăţilor de medicină — cursuri de psihologie cibernetică şi informaţională, încă din anul I de studiu. Admiterea eficienţei patogenice şi terapeutice a vieţii psihice a întîmpinat încă mai multă rezistenţă decît introducerea matematicii printre materiile de examen.

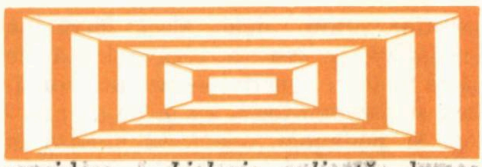
Medicina formativă

Asemenea „deschideri" ale medicinii anilor 1980—1990 n-au rămas fără răsunet asupra ştiinţei, în general. Psihologia a devenit mai „concretă", începînd să se ocupe şi de *problemele* sufleteşti ale omului, nu numai de percepţie, atenţie, memorie etc. Logica a încetat să mai fie un joc cu simboluri, s-a „concretizat" şi ea devenind armătura abstractă a oricărei abordări ştiinţifice a acestui „concret". Deşi



progresele medicinii practice, creşterea nivelului de trai şi restructurarea relaţiilor sociale au făcut să scadă numeric — şi în proporţie de masă — sursele de suferinţă, s-a reconsiderat problematica omului în ipostaza lui *Homo patiens* iar „experienţa" bolii şi a morţii s-a integrat antropologiei, aşa cum susţinuse, la începutul secolului, un mare literat, Th. Mann.

Prin 1935—1940, Al. Carrel dobîndise un mare succes de librărie cu o carte intitulată *Omul — fiinţă necunoscută*. Cercetările pe linia tradiţională a biologiei medicale, care, în 1974, au dus la prima încununare a unui român cu laurii premiului Nobel, au înmulţit *cunoscutele* despre om. Dar, încă de prin 1960, s-a văzut că o *cunoaştere* nu echivalează cu o *sumă de cunoştinţe* — şi că se impune interdisciplinaritatea şi sinteza în jurul unor *modele* cuprinzătoare. Paralel cu sintezele între biologie, psihologie şi sociologie, care au dus la constituirea *gerontologiei*, în deceniul 1970—1980 s-au pus bazele unor ştiinţe sintetice despre adult *(adultologie)* şi despre tînăr *(juvenologie)*. A fost greu să se înfrîngă autosuficienţa biologilor, psihologilor şi sociologilor, pentru întemeierea unei *antropologii* omnilaterale (numită de unii *humanologie)*; tot medicina este aceea care a reuşit să catalizeze colaborările. Acest lucru s-a întîmplat numai atunci cînd medicina nu s-a limitat să cerceteze organismul, devenind ecologică, etologică şi filogenetică. *Ecologică* — abordînd populaţiile umane în relaţie cu celelalte componente ale mediului natural şi artificial, în perspectivă sistemică; *etologică* — ţinînd seama de aspectele comportamentale; *filogenetică* — privind „omul de azi" ca un aspect *momentan* al evoluţiei speciei şi al vieţii. Dar, cotitura s-a produs şi prin apropierea ei de punctul de vedere *umanist*, încetînd să se mai



considere o *biologie aplicată:* lumea culturii şi a valorilor a oferit coordonate indispensabile pentru înţelegerea omului; s-a dezvoltat *sociofiziologia;* de unde, decenii de-a rîndul sub influenţa lui Freud, s-au cercetat abisurile inconştientului, pe la 1980 a devenit populară concepţia lui V. Frankl, care îşi îndrepta atenţia către *înălţimile* spirituale, şi analiza nosografică a conturat *bolile axiosomatice*, generate de o viaţă în conflict cu Adevărul, Binele şi Frumosul.

În felul acesta, la cele două sarcini tradiţionale ale medicinii: cea *curativă* şi cea *profilactică*, s-a adăugat una esenţială: cea *formativă*. Dispunînd de cunoştinţe integrate asupra omului, de o gamă întinsă de mijloace de a-l influenţa (de la cîmpuri fizice şi substanţe chimice pînă la bisturiu, cuvînt, muzică şi hipnoză), medicina poate interveni nu numai *corector*, ci şi *modelator*. Ca predecesor în această direcţie, s-a pomenit numele lui Descartes; acesta, deşi este răspunzător pentru reintroducerea în filozofia europeană a unui dualism „materie (întindere şi mişcare)"/„suflet (gîndire)", în unele lucrări asupra pasiunilor omeneşti s-a declarat convins că medicinii îi va sta în putere cîndva să facă, din oameni, fiinţe mai bune şi mai generoase. Odată cu naşterea endocrinologiei, în perioada 1900—1930, C. I. Parhon a profesat la Iaşi şi Bucureşti ideea unei medicini aptă de a modela firea umană, folosindu-se şi de hormoni. Ceva mai tîrziu, un alt medic român, Aurel Voina, a propus termenul de *cosmiatrie* pentru „medicina frumuseţii" incluzînd, de pildă, chirurgia estetică care nu *vindecă*, ci *reface* o formă în

virtutea unui ideal ales. Medicina formativă a fost o teză reluată de către medicii sportivi — pe linie somatică şi psihomotorie, ca şi de criminologi şi pedagogi, odată cu precizarea zonelor cerebrale implicate de exemplu în agresivitate şi cu descoperirea unor chimioterapice cu tropism electiv pentru ele. La dezvoltarea medicinii formative au mai contribuit chirurgia protezelor, a epitezelor şi a transplantelor, psihanaliza şi curentele derivate din ea — dar, deocamdată prea puţin, ingineria genetică. Handicapul social în această direcţie l-a constituit primejdia ca o asemenea medicină antropologică, dezvoltată multilateral, să ajungă un mijloc de manipulare a populaţiilor de către regimurile politice reacţionare. De aceea, încă din timpul celui de al doilea război mondial, adeziunea combativă a medicilor la mişcările social-revoluţionare progresiste a fost din ce în ce mai marcată.

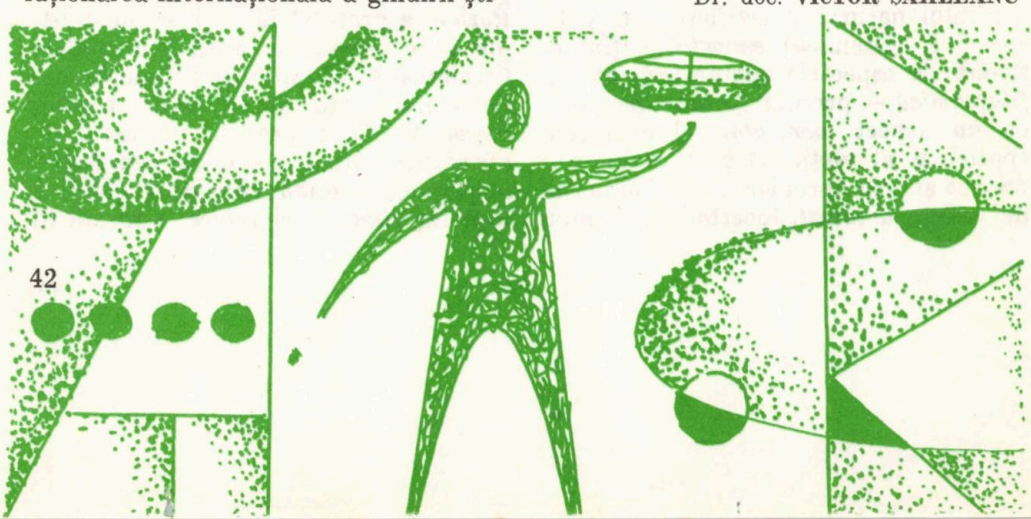
Fenomenele descrise mai sus nu s-au produs decît în ţările în care s-a înţeles că medicina, avînd drept obiect *omul* şi drept axiomă morala, respectul şi promovarea vieţii umane ca valoare indiscutabilă, s-a bucurat de sprijinul material şi moral, ca şi de prestigiul necesar. Între 1976 şi 1980, cincinalul din România a fost proclamat ca *cincinal al revoluţiei ştiinţifice şi tehnice* şi problemele sănătăţii publice au primit atenţia cuvenită unui sector esenţial al calităţii vieţii. În revoluţionarea internaţională a gîndirii ştiinţifice, contribuţia medicilor şi a biologilor români s-a făcut simţită printr-o participare multilaterală şi activă. Pe de altă parte, experienţa românească în probleme ca cele ale adaptării umane la consecinţele revoluţiei ştiinţifice şi tehnice, ale relaţiei dintre Om şi Biosferă, ale urbanizării, ale dezvoltării demografice armonioase — a fost examinată cu mult interes de către toate forurile internaţionale şi naţionale interesate în soluţionarea „crizelor" cu care a fost confruntată, pe atunci omenirea — şi ştim astăzi (2050) cît de dificilă a fost găsirea unor soluţii satisfăcătoare.

În loc pe post-scriptum

Manuscrisul din care am transcris o parte, cu trei sferturi de secol înainte de redactarea lui, poate fi privit, din perspectiva anticipaţiei, ca un deziderat. Cea mai mare încurcătură pe care o produce orice călătorie, reală sau imaginară, prin „tunelul timpului", este aceasta: „anticiparea modifică efectiv desfăşurarea evenimentului şi, ca atare, nu este o anticipare adevărată."

Nu am pretenţia de a reuşi performanţa ca, prin existenţa şi scrisul meu, să nu influenţez în nici un fel mersul istoriei. Chiar cînd îmi aprind o ţigară (deşi nu sînt fumător) am transformat ambianţa chimică a Universului şi mi-am provocat o întrebare fără răspuns: mai sînt un nefumător?

Dr. doc. **VICTOR SĂHLEANU**



DISCUȚII

cu

prof. dr. docent

O. COSTĂCHEL

despre:

STADIUL ACTUAL AL BOLII CANCEROASE

1. Din punctul de vedere al O.M.S., ce sînt, ce reprezintă aceste afecțiuni și cum sînt ele răspîndite pe glob? Ce continente, zone geografice și grupe de vîrstă sînt mai afectate și de ce?

2. Care sînt factorii care concură la apariția lor și cum este implicată în acest proces viața modernă, însuși gradul avansat de civilizație?

3. Ținînd seama de tehnica modernă, de gradul avansat al cercetării științifice medicale, de factorul ereditar, se pot cunoaște, cu mult timp înainte, cei predispuși la îmbolnăvire și în acest fel, se pot face o serie de corecții de ordin profilactic?

4. Care este stadiul actual al problemei și ce noutăți ne oferă medicina terapeutică?

5. Ce ne puteți spune despre contribuția școlii românești în această problemă și ce se prevede — pe plan mondial — în viitorul apropiat?

1. Cancerul este o boală cu evoluție lungă și plină de suferințe, dacă este lăsată să evolueze fără tratament. Dar cînd este tratată la timp, se vindecă în 85—95% din cazuri. Cînd nu este tratată la timp ea desfigurează și deformează, scoțînd bolnavul din circuitul social.

Cancerul omoară de la 5 pînă la 7 milioane de oameni anual, cam tot atîția cîți a omorît anual al doilea război mondial.

El reprezintă prima cauză de deces între 4 și 14 ani, iar la adulți omoară un foarte mare număr de oameni în perioada cea mai activă din punct de vedere social, adică între 30 și 65 ani.

La femei în Statele Unite între 35 și 60 ani, cancerul reprezintă prima cauză de deces înaintea bolilor cardiovasculare. Acestea din urmă omoară un număr mai mare de populație decît cancerul, dar la vîrste mai avansate.

În țara noastră situația nu este identică cu cea din Statele Unite, dar nu este cu mult deosebită. Astfel, datorită creșterii rapide a numărului de fumători, cancerul bronhopulmonar este într-o creștere foarte rapidă, spre deosebire de cancerul stomacului și al uterului care și în Statele Unite și în țara noastră sînt în scădere.

Leucemiile sînt într-o creștere evidentă, mai ales la copiii între 3 și 14 ani, la care reprezintă 50% din prima cauză de deces care este cancerul.

Această situație gravă arată că lupta împotriva cancerului nu este numai o problemă umanitară ci are în primul rînd uh important aspect economic, ceea ce face ca în majoritatea țărilor cu organizare sanitară avansată, deci și în țara noastră, cancerul să devină prima problemă de sănătate publică.

O constatare interesantă din acest punct de vedere este observația că lupta împotriva cancerului prezintă aspecte extrem de variate care nu pot fi rezolvate numai de un singur for tutelar cum ar fi Ministerul Sănătății sau Academia de Științe Medicale, ci necesită acțiuni guvernamentale complexe în care să fie implicate toate ministerele în ale căror unități există un mediu de muncă profesional cancerigen.

Aceasta a dus la necesitatea organizării, într-un număr din ce în ce mai mare de state, de programe naționale de cancer.

La Congresul Internațional de Cancer de la Florența din octombrie anul trecut, Prof. Rauscher, directorul Programului Național de Cancer din Statele Unite, a propus multe colaborări internaționale care se pot face în cele mai bune condiții în țările care au și ele un program național de cancer. Aceasta arată necesitatea elaborării urgente a unui program național de cancer și în țara noastră.

*

2. Cauzele cancerului sînt relativ bine cunoscute. Factorii cancerigeni sînt reprezentați de trei mari categorii: substanțele chimice cancerigene, care reprezintă cauza a aproximativ 90% din cancere, virusurile și radiațiile, care reprezintă cauza restului de cancere.

Totuși, la ora actuală, s-a constatat că în aproape totalitatea cazurilor de cancer nu intervine un singur factor cancerigen, ci o combinație între aceste trei categorii de factori în care unul joacă un rol mai important iar ceilalți favorizează sau accelerează apariția cancerului.

Se pare că infecțiile virotice ar putea agrava evoluția unor cancere.

Un lucru care este mult mai puțin cunoscut este ceea ce se numește etiologia concretă a cancerului, adică în ce măsură fiecare din factorii cancerigeni contribuie la apariția bolii în fiecare caz în parte.

Este de asemenea puțin cunoscută cauza pentru care la unii bolnavi cancerul se localizează la stomac, la alții la pancreas, la creier și așa mai departe.

Totuși, este bine cunoscut faptul că odată cu creșterea consumului de țigări au crescut rapid și morbiditatea și mortalitatea prin cancer bronhopulmonar atît la bărbați cît și la femei, întrucît numărul de cancere bronhopulmonare a crescut în ultimii 40 de ani de 14 ori.

Există de asemenea așa-numitele cancere profesionale în care cauzele sînt cunoscute, în special cancerul vezicii urinare la lucrătorii din fabricile de coloranți de anilină, din întreprinderile în care se lucrează cu crom, sau la cei expuși timp îndelungat la radiații ionizante sau gama sau la radiații ultraviolete.

Sînt cunoscute de asemenea cancerele tardive apărute după iradierile populației supraviețuitoare de la Hiroșima, unde procentajul de leucemii la populația acestui oraș este de 10 ori mai mare decît la alte populații similare din Japonia.

Cunoașterea cauzei concrete a cancerului în fiecare caz în parte ar putea ușura mult vindecarea și prescrierea tratamentului.

*

3. Încercările de profilaxie în boala canceroasă se lovesc de greutăți foarte

mari din cauza aspectului puțin diferit de normal al stărilor incipiente de cancer.

Faptul că stadiile incipiente de cancer evoluează cu totul asimptomatic, fără ca bolnavul să-și dea seama, reprezintă una din cele mai mari greutăți în depistarea precoce a acestei boli.

Prin depistarea precoce se înțelege depistarea în stadii în care vindecarea definitivă se poate obține în peste 50% din cazuri, adică stadiile I (vindecarea între 85 și 95% din cazuri) și stadiile II (vindecarea în aproximativ 50% din cazuri).

În stadiile III și IV celulele canceroase au invadat deja părți importante din organism și este mult mai greu de obținut vindecarea. În schimb, se pot obține prelungiri importante ale supraviețuirii. Rezultă rolul deosebit de mare al depistării precoce, adică în stadii vindecabile, a cancerului.

Prevenirea cancerului se poate face pe două căi:

— **profilaxia primară,** adică înlăturarea factorilor cancerigeni din mediul de viață și de muncă și

— **profilaxia secundară,** adică depistarea precoce și împiedicarea difuziunii celulelor cancerigene în organism și obținerea pe această cale a unor vindecări în stadii precoce.

Profilaxia primară cere mijloace și aparatură extrem de scumpe dublate de un mare număr de specialiști. De aceea ea este realizată într-o măsură relativ mică în lumea întreagă.

În schimb, există numeroase mijloace pentru **profilaxia secundară,** care se aplică larg în lumea întreagă și în țara noastră. De aceea la ora actuală se consideră că problema numărul unu a luptei împotriva cancerului este depistarea precoce, în stadii radical curabile, dar depistarea precoce a cancerului nu se poate face decît cu o colaborare masivă a populației.

De aceea este absolut necesar ca întreaga populație să participe la acțiunile de depistare precoce organizate de Ministerul Sănătății.

*

4. În momentul de față a apărut o adevărată competiție între mijloacele de tratament al cancerului. Astfel, **chirurgia,** datorită progreselor fiziologice și fiziopatologice, poate aborda practic toate organele invadate de cancer.

Prin **radioterapia** cu energii înalte (betatroane, acceleratoare liniare, catetroane, microtroane) s-a reușit a se introduce în organism în profunzime, o cantitate de radiații mult mai mare decît cu radioterapia convențională obișnuită. În acest fel s-a calculat că la bolnavii care beneficiază de radioterapie s-a prelungit durata de supraviețuire cu aprox. 30%.

În **chimioterapia** cancerului au apărut medicamente care pentru prima dată pot vindeca stadii avansate de cancer, cum este corioepiteliomul, și pot prelungi mult durata de viață în alte localizări (mielomul sau cancerul prostatei, în care datorită hormonoterapiei durata de viață s-a prelungit de la 10 la 15 ani).

O posibilitate importantă este aceea a **reconvertirii chirurgicale a stadiilor avansate** prin **asociere chimio-chirurgicală,** care oferă posibilitatea ca 30% dintre cancere care înainte nu erau operabile să poată fi extirpate.

În numeroase laboratoare din lume se sintetizează și se extrag din plante și din microorganisme numeroase substanțe noi din ce în ce mai active. Astfel, s-a găsit o substanță (Vincristina) cu care se sensibilizează celulele tumorale la acțiunea radiațiilor și a substanțelor anticanceroase, îmbunătățind rezultatele chimio- și radioterapiei.

În acest fel competiția dintre mijloacele de tratament duce la importante cîștiguri atît în fiecare metodă de tratament în parte cît și prin asocierea lor în folosul bolnavului.

*

5. În țara noastră s-au luat importante măsuri atît pentru **profilaxie** cît și pentru **diagnosticul** și **tratamentul calificat** al cancerului. Astfel, prin metoda numită consultația oncologică obligatorie se examinează

întreaga populație care vine la consultație pentru orice altă afecțiune. S-a dovedit că această metodă este superioară altor metode de depistare prin mijloace clinice.

O altă metodă de depistare precoce este cea **citologică**, cu ajutorul căreia se descoperă stadiile cele mai precoce, într-adevăr **definitiv vindecabile, ale cancerului.**

De exmplu, în București s-a creat un pilot pentru depistarea precoce a cancerului colului uterin cu ajutorul căruia s-au depistat și vindecat numeroase cancere.

S-au făcut numeroase cursuri de specializare pentru depistarea precoce citologică.

În acest fel s-au examinat peste 300 000 de femei în întreaga țară. Metoda se extinde cu rezultate favorabile din ce în ce mai numeroase.

Instalații de radioterapie cu energii înalte se găsesc la ora actuală în București, Iași, Cluj, Timișoara.

Seturi de perle și ace de cobalt radioactiv pentru aplicații locale s-au fabricat în țara noastră, printr-o colaborare IFA-Institutul Oncologic București și distribuit în numeroase centre din întreaga țară.

Cu ajutorul cercetării științifice în oncologie s-au realizat numeroase aparate prin autoutilare, cu ajutorul cărora s-au îmbunătățit mult metodele de tratament al cancerului ca și cele de depistare.

Astfel, cu ajutorul termografului se precizează o serie de diagnostice ajutînd mult la îmbunătățirea tratamentului.

Metode noi, mai puțin mutilante, au fost introduse în chirurgia cancerului.

S-au sintetizat, de asemenea, medicamente anticanceroase noi, originale românești și s-au reprodus numeroase medicamente anticanceroase din străinătate, ceea ce a dus la rezolvarea în mare măsură a crizei de medicamente anticanceroase din țara noastră.

În acest fel perspectivele de îmbunătățire continuă a luptei împotriva cancerului în țara noastră sînt dintre cele mai bune.

Realizator: dr. **GH. M. GHEORGHE**

100 ani de la naștere

PROF. DR. MARIUS STURZA

Sărbătorim în acest an centenarul nașterii aceluia care a jucat un rol deosebit de important în istoria balneologiei românești. Născut la 27 august 1876, Marius Sturza și-a terminat studiile la Facultatea de medicină a Universității din Viena, el fiind și elevul medicului român Ioan Hozan, directorul școlii mondiale de hidroterapie din Grafenberg, care, stabilindu-se ulterior la Brașov, a instruit o pleiadă de balneohidroterapeuți, printre care și pe dr. M. Sturza. Acesta a făcut parte, alături de Iuliu Haţieganu, I. Goia, N. Minovici, I. Iacobovici ș.a., din valoroasa pleiadă de profesori universitari care au contribuit la gloria școlii medicale clujene. Dr. Marius Sturza, întemeietorul școlii balneologice de la Cluj, a întrevăzut nu numai importanța factorilor naturali curativi, dar a căutat să explice și modul de acțiune a acestor „medicamente naturale", utilizînd în acest scop metoda experimentală. El a fost unul din inițiatorii și susținătorii noului curent științific în balneologia românească, care a abordat sistematic și creator, atît problemele de balneologie clinică, cît și experimentală, deși noua disciplină apăruse în țara noastră deabia la începutul secolului al XX-lea.

Prof. Dr. Marius Sturza, pe lîngă faptul că a fost unul dintre cei mai de seamă clinicieni români, are meritul de a fi condus, începînd din 1931, prima catedră de balneologie din învățămîntul medical superior creată la Cluj.

Clinician cu o largă concepție fiziopatologică, Prof. Dr. M. Sturza a adus în clinică și în practica balneară o orientare de ansamblu în interpretarea corelațiilor funcționale patologice dintre sisteme, funcții și organe. În scopul angajării întregului organism în procesul de vindecare, el a folosit complexe terapeutice individualizate, care constau într-o îmbinare armonioasă a regimului dietetic, a terapiei medicamentoase și hormonale, cu balneologia și fizioterapia.

Dintre numeroasele sale lucrări științifice, o importanță deosebită a avut-o „Die Kochsalzwasser Rumäniens", publicată la Viena în 1930, care constituie cea mai completă monografie asupra apelor sărate românești. Prof. Dr. M. Sturza a fost totodată și un bun organizator al balneologiei din țara noastră și un excelent profesor. El a depus mari eforturi pentru a face cunoscuți, atît în țară cît și peste hotare, factorii balneari și climatici din România, precum și valoarea lor terapeutică.

După activitatea intensă și multilaterală desfășurată de-a lungul celor aproape șapte decenii, Prof. Dr. Marius Sturza a închis ochii la 26 iunie 1954.

Dr. I. ȚUGUI

retrospectivă BALNEOCLIMATERICĂ

În fața actualelor realizări din stațiunile noastre balneoclimaterice, gîndul ne poartă cu ani și ani în urmă pe aceleași meleaguri. Răsfoind cronicile vremurilor de atunci găsim multe date interesante prin pitoresc și semnificații.

Cazarea, de pildă, se făcea odinioară în majoritatea stațiunilor în anexele unor cîrciumi. În unele stațiuni mai mici nu se putea însă beneficia nici de acest „confort". La Balta Albă, bunăoară, mica localitate balneară din apropiere de Rîmnicu Sărat, care în urmă cu peste 100 de ani era foarte căutată pentru tratarea reumatismului, nu numai că nu exista nici un mijloc de aprovizionare, iar cei veniți la tratament trebuiau să-și aducă hrană de acasă pentru toată perioada de cură, dar cazarea se făcea în grajduri și colibe sau... sub cerul liber.

Cît privește unele instalații balneare, cu toată reclama ce li se făcea, acestea își demonstrau singure modul în care erau construite. Exemplificator este și cazul stațiunii Olănești, care în anul 1895 era în plină dezvoltare și prospețime și care pentru a-și atrage vizitatori își axa reclama pe soliditatea instalațiilor balneare. A fost însă de ajuns în acel an să vină o ploaie mai mare pentru ca „solidele instalații" să fie în întregime duse de ape și...duse au fost pentru multă vreme.

Cum se ajungea în diversele stațiuni e de asemenea interesant. Pentru a pleca, să zicem, de la București pe litoral, acum 80 de ani, era necesară o călătorie de peste 24 de ore. Trebuia mers întîi cu trenul pînă la Giurgiu. De acolo se lua vaporul pe Dunăre pînă la Cernavodă și apoi se continua drumul cu trenul spre Constanța. Mai departe, spre una din localitățile de pe litoral, se călătorea cu... ce se găsea.

Nici la Vatra Dornei nu se ajungea mai ușor. Dimpotrivă. Se călătorea de la București, de pildă, cu trenul pînă la Fălticeni sau Piatra Neamț, iar de acolo cu trăsura sau căruța cale de peste 100 km. Fiind vorba de bolnavi de inimă, ne putem da seama ce însemnau pentru ei astfel de călătorii. În asemenea cazuri medicii recomandau suferinzilor să facă drumul în cîteva zile, cu 2—3 popasuri în cursul nopții.

În ceea ce privește efectuarea curei cu ape minerale, aceasta varia după diverse obiceiuri locale. La Slănicul Moldovei, de exemplu, apele se beau mai mult amestecate cu lapte sau cu zer. De aceea în reclama pentru apele acestei stațiuni nu se neglija nici reclama pentru existența stînelor din împrejurimi. Tot ca o curiozitate, amintim și tratamentele aparatului respirator aplicate în stațiunea Govora, care se axau pe inhalațiile cu... păcură.

Pentru a face cît mai plăcut timpul de cură, administrațiile unor stațiuni nu precupețeau să facă și unele „sacrificii". În acest sens extragem următorul citat edificator din „Călăuza stațiunilor balneare și climaterice", care apărea în urmă cu aproape 70 de ani: „...Administrațiile stațiunilor sînt convinse că dacă au angajat niște bieți muzicanți, care prin zgomotul ce fac nu lasă publicul să se odihnească și au sădit cîțiva arbori piperniciți cu cîteva zorele și-au îndeplinit rolul lor de binefăcător și lumea are să se îmbulzească în stațiuni".

Dar în ciuda oricăror impedimente, izvoarele minerale românești erau încă

de pe atunci foarte mult apreciate în țară și peste hotare. Printre acestea, apele minerale de la Slănicul Moldovei, descoperite cu peste 170 de ani în urmă, obținuseră în anul 1891 medalia de argint la expoziția internațională de la Frankfurt pe Main; în 1889 medalia de aur la expoziția de la Paris; în 1894 medalia de aur la expoziția de la București; în 1900 din nou medalia de aur la altă expoziție de la Paris.

De menționat este și că în urmă cu peste 50 de ani apele minerale îmbuteliate de la Borsec erau solicitate și în Egipt, și cu încă 25 de ani mai înainte cele de la Sîngeorz erau insistent cerute în Japonia.

Merită a fi subliniat și faptul că, atrași de compoziția apelor noastre minerale, unii medici de peste hotare (Dr. Sober și alții), care însoțeau armatele rusești de sub comanda generalului Kiseleff, în trecerea lor prin Principatele Române în timpul războaielor cu turcii, au sprijinit mult organizarea unor stațiuni balneare, ca Strunga, Pucioasa, Boboci, Bughea de Sus etc.

Izvoarele de la Călimănești erau bine cotate și în Franța, ceea ce l-a determinat în anul 1869 pe Napoleon al III-lea să-și anunțe sosirea în această localitate pentru a face o cură. Precipitîndu-se însă evenimentele politice care urmau să declanșeze războiul dintre Franța și Germania, împăratul și-a contramandat venirea.

Demne de subliniat sînt și alte aprecieri mai vechi, cum sînt cele ale unui ambasador de la curtea lui Mihai Viteazul, care și-a găsit alinarea în urma unui tratament cu apele sărate de la Ocna Sibiului.

Stațiunea balneară Lacul Sărat din apropierea orașului Brăila era și ea de mai multă vreme renumită pentru tratarea reumatismului și mai ales din timpurile stăpînirii turcilor asupra acestui oraș. Ocupanții turci au confirmat de fapt încrederea în virtuțile terapeutice ale Lacului Sărat după ce au văzut că se însănătoșesc caii betegi care se scăldau în apa acestui lac.

Dr. I. LEONESCU

boli produse prin complexe imune

Complexul imun rezultă din combinarea unuia sau mai multor antigene cu unul sau mai mulţi anticorpi. În mod normal un anticorp, în prezenţa antigenului care-i corespunde, se neutralizează, iar complexul imun format în acest fel este rapid eliminat. Această situaţie are loc numai în momentul în care cei doi parteneri sînt în anumite proporţii. Dacă acestea nu sînt respectate, existînd fie exces de antigen, fie exces de anticorpi, se formează complexe de mărime mică, solubile, care rămîn prezente în circulaţia sanguină.

Complexele imune pot produce leziuni în ţesuturile unde se depun, datorită fie micimii calibrului capilarelor, fie întîlnirii unor membrane pe care nu le pot traversa.

Organele cele mai afectate sînt: rinichiul, pielea, plămînul, sinoviala articulară. Mecanismul prin care complexele imune pot iniţia un fenomen inflamator local poate fi sintetizat în modul următor: la locul de fixare, complexele imune vor activa „complementul", care la rîndul său va stimula o serie de reacţii în lanţ urmate de eliberarea unor factori care măresc permeabilitatea capilară; astfel polinuclearele sînt atrase împreună cu enzimele lizozomale şi produc inflamaţia.

În concepţia modernă cele două modele experimentale clasice ale bolilor prin complexe imune sînt fenomenul Arthus şi boala serului.

Fenomenul Arthus, descris în 1903, se caracterizează prin apariţia locală

a unor leziuni cutanate necrotice la iepure, după a 4-a sau a 5-a inoculare de ser străin.

Boala serului apare la om între zilele 7—12, după o primă injecție de ser preparat pe animal, fiind vorba de o erupție eritematoasă uneori papuloasă, însoțită de febră, artralgii, adenopatii, urticarie, uneori chiar paralizii.

Dintre bolile prezente la om care au la bază complexele imune amintim:

1. erupțiile din bolile virale;

2. glomerulonefrita și leziunile de vascularită, ambele prezente în lupusul eritematos diseminat;

3. sindromul nefrotic din paludism;

4. artralgiile din hepatitele acute virale pot fi atribuite formării temporare a complexelor imune;

5. complexele imune formate din antigenul Australia și anticorpi sînt incriminate în manifestările din hepatita cronică persistentă;

6. în poliartrita reumatoidă complexele IgM-IgG (atc)-(atg) ar fi la originea procesului inflamator local;

7. în periarterita nodoasă, unde leziunile renale sînt similare celor din glomerulonefritele prin complexe imune, sînt acuzate de aceste manifestări complexele formate din antigen Australia și anticorpi.

Cunoașterea acestor noțiuni de imunologie poate fi de un real folos atît specialistului cît și marelui public atît în explicarea apariției unor boli destul de frecvent întîlnite, în diagnosticarea lor, precum și în stabilirea unui tratament precoce și eficace.

Dr. VICTOR LOTREANU

scurtă biografie a TERMOMETRULUI medical

Îndată ce meşteşugul vindecării s-a eliberat de sub dominaţia concepţiilor magice şi religioase, medicii s-au străduit să descopere metode obiective şi precise de a deosebi starea normală de cea patologică şi chiar de a evalua gravitatea îmbolnăvirii pe care o tratau. Astfel, în tratatul *Despre vechea medicină*, atribuit vestitului Hipocrate din Cos, se arată că arta medicală ar avea mult de cîştigat dacă ar fi în posesia unei „măsuri" sau a unui „număr" la care să se poată raporta constatările vindecătorului; cu alte cuvinte, vechii medici greci năzuiau să aprecieze cantitativ atît buna funcţionare a organismului, cît şi tulburările care, eventual, surveneau. Dar autorul pomenitei cărţi recunoştea cu regret că o asemenea măsură sau un asemenea număr nu există, astfel că medicul se vedea obligat ca la punerea diagnosticului să se orienteze numai după „senzaţiile corpului" sau, cum am spune astăzi, după „simţul clinic" cu care practicianul era într-o măsură sau alta înzestrat.

Nici chiar examinarea pulsului, care către sfîrşitul antichităţii şi la începutul evului mediu a intrat în deprinderile medicilor europeni, nu urmărea, de fapt, obţinerea unor informaţii de ordin cantitativ. Este drept că medicul se interesa şi de frecvenţa pulsaţiilor, dar nefiind pe atunci înarmat cu un ceasornic în stare să marcheze unităţile mici de timp, cum sînt secundele, el se mulţumea cu aprecieri asupra „iuţirii" sau „răririi" bătăilor. Aşa se face că înainte de secolul al XVII-lea, pulsul nu era propriu-zis *măsurat*, ci examinat numai din punct de vedere calitativ pe temeiul simţului clinic.

Odată cu afirmarea, în epoca Renaşterii, a orientării iatro-mecanice (adică a mecanicii medicale), care urmărea să reducă întreaga complexitate a manifestărilor organismelor vii la fenomene fizice (de felul acţiunii pîrghiilor, scripeţilor, foalelor etc.), problema măsurătorilor biologice a devenit actuală. Iată-l deci în jurul anului 1600 pe Santorio Santorio, profesor la Universitatea din Padova, instalîndu-şi masa de lucru şi patul pe platforma unei bascule, pentru a studia pe propria sa persoană variaţiile greutăţii corpului în raport cu alimentarea şi cu excreţia (sub toate formele acesteia, inclusiv transpiraţia). Tot lui Santorio i se atribuie primele aplicaţii ale termometriei la om.

În deceniile următoare, Giovani Alfonso Borelli, alt medic savant italian, a efectuat îndrăzneţe măsurători în legătură cu căldura animală. El a înfipt un termometru în inima unui cerb viu, după ce precizase cu ajutorul aceluiaşi instrument temperatura din ficatul, intestinele şi plămînii ani-

malului. Borelli a putut astfel stabili că toate aceste organe au aceeaşi temperatură, „egală cu cea dintr-o zi însorită de vară", şi că teoria potrivit căreia inima ar fi mai fierbinte, întrucît ar reprezenta sediul căldurii din organism, este greşită.

Cele dintîi măsurători, este drept sporadice, ale temperaturii corpului bolnavilor febrili au fost făcute în jurul lui 1700 de vestitul clinician şi chimist olandez Herman Boerhaave, care a remarcat concordanţa dintre frecvenţa pulsului şi gradele de căldură. Cel care a iniţiat folosirea termometrului în practica spitalicească la mijlocul secolului al XVIII-lea este însă medicul olandez stabilit la Viena, Anton van Haën. Atît de atente şi de precise au fost măsurătorile efectuate de Haën încît s-a spus despre el că pentru a fundamenta termometria medicală ştiinţifică nu i-a lipsit decît un singur lucru, ideea de a trasa, pe o „foaie de temperatură", curbe cu ajutorul cărora să se poată urmări evoluţia temperaturii pacientului într-un anumit interval.

Pînă către 1850, mulţi medici au studiat variaţiile căldurii animale în funcţie de sex, vîrstă, efort, starea sănătăţii, administrarea unor medicamente etc., dar cei care efectuau astfel de cercetări adoptau îndeobşte o atitudine de savanţi fiziologi, iar nu de clinicieni preocupaţi să trateze un anumit bolnav.

Este drept că termometrele folosite la vremea aceea erau anevoie de mînuit. Ele aveau lungimea de 25—30 cm şi trebuiau aplicate cel puţin 20 minute. Pe de altă parte, practicienii nu se convinseseră încă de folosul unor asemenea măsurători.

Publicarea în 1868, la Leipzig, a lucrării lui Karl Wunderlich *Variaţiile căldurii animale în boli* a contribuit în mod hotărîtor la afirmarea termometriei ca metodă indispensabilă de investigaţie clinică. Savantul german demonstra, pe baza unor îndelungate cercetări, că termometrul este în stare să ofere rapid informaţii elementare, dar valoroase asupra trecerii de la starea de sănătate la cea de boală (sau invers), şi că examinarea unui grafic al temperaturii înregistrate timp de mai multe zile (şi de mai multe ori pe zi) furnizează informaţii deosebit de utile pentru punerea şi confirmarea diagnosticului şi pentru verificarea tratamentului.

Perfecţionările aduse termometrului, mai cu seamă în direcţia „miniaturizării" lui şi a reducerii timpului „de expunere", au asigurat şi ele grabnica generalizare a termometriei în practica medicală de spital şi de cabinet. Mai mult decît atît, termometrul a intrat curînd în inventarul casnic: mamele s-au deprins să recurgă la el atunci cînd copilul devine palid şi îşi pierde vioiciunea, astfel încît medicul chemat la domiciliu ştie dinainte ce temperatură are micul pacient. Cu vremea s-a ajuns, dealtminteri, la instaurarea unei încrederi superstiţioase în „inteligenţa" tubuleţului cu mercur: individul a cărui temperatură nu depăşeşte 37° trebuie considerat sănătos pînă la proba contrarie...

Dornici să obţină de la termometrie informaţii cît mai diverse şi mai concludente, medicii şi tehnicienii s-au străduit să inventeze noi tipuri de asemenea instrumente şi utilaje, pentru construcţia cărora s-a recurs, în ultima vreme, la cuceririle biofizicii, electronicii, cibernetici şi ale altor ramuri „tinere" ale ştiinţei. Poate fi semnalat în această privinţă termograful medical imaginat de doctorul Ioan Mogoş şi colaboratorii săi, aparat premiat în 1971 la Salonul Internaţional al noutăţilor, invenţiilor şi ideilor de la Nürnberg.

Cercetările biofizicienilor promit să deschidă noi perspective utilizării termometriei fine pentru diagnosticul timpuriu al anumitor boli cronice şi mai ales al cancerului. S-a observat, într-adevăr, că temperatura pielii se modifică în anumite zone dacă organele profunde sînt invadate de formaţii canceroase.

Străvechiul ideal al descoperirii „măsurării" fenomenelor medico-biologice îşi află acum împlinirea plină de cele mai favorabile consecinţe pentru propăşirea artei vindecării.

Dr. G. BRĂTESCU

Dubreuil, în timpul bolii din cauza căreia muri mai tîrziu, spunea unui prieten de-al său:

— Prietene, ce caută atîta lume la mine în cameră? N-ar trebui să rămîi decît tu; ştii doar că boala mea este contagioasă!

Regele Ludovic al XV-lea întrebă într-o zi pe un nobil care suferea de o boală de ochi:

— Şi ce vă mai fac ochii, domnule conte?

— Sire, răspunse acesta, doctorul mi-a spus că văd mai bine!

Renumitul doctor Ricord, specialist în obstetrică, fu invitat într-o seară la o întrunire de artişti. La intrare, în timp ce se dezbrăca de palton, valetul, luîndu-l drept actor, îl întrebă:

— Şi unde mai jucaţi acum, maestre?

Ricord, dîndu-şi seama de confuzie, îi răspunse surîzător:

— Joc, am jucat şi voi juca mereu într-o singură piesă: „Jocul dragostei şi al întîmplării"!

Doamna de Maintenon mărturisea cu revoltă într-o scrisoare:

„Țăranii se roagă pentru sănătatea mea și a regelui, ori de cîte ori se ivesc epidemii printre vite"!

Van Dyck, în timp ce mergea pe stradă, fu salutat de un pretins pictor cu următoarele cuvinte:

— Salve, colega!

— De ce „colega"? Aveți și dumneavoastră reumatism? răspunse celebrul pictor.

Un ofițer din armata lui Napoleon Bonaparte, primind un glonte în coapsă, fu dus la spital unde, timp de opt zile, mediții îl cercetară cu tot felul de instrumente. Ofițerul, fiind covîrșit de suferințe, îi întrebă în cele din urmă ce caută.

— Căutăm glonțul care te-a rănit.

— Mii de draci! răcni ofițerul. De ce nu mi-ați spus-o de la început? Vedeți că îl am în buzunar!

Ludovic al XIV-lea obișnuia să lucreze în fiecare zi împreună cu primul său ministru, cardinalul Mazarin. Într-o dimineață, regele refuză să-l primească pe cardinal, trimițîndu-i vorbă că e reținut în pat de o migrenă rebelă. Cardinalul nu insistă și reveni seara, cînd suveranul îi primi foarte bine dispus.

— Și durerea dumneavoastră de cap? întrebă cardinalul.

— Abia am scăpat acum cîteva minute de ea, răspunse regele.

— Într-adevăr, am văzut-o și eu părăsindu-vă... Avea o splendidă rochie albastră...

Mark Twain se întîlni într-o dimineață cu un cunoscut care i se adresă:

— Bună ziua, domnule Twain. Dar ce aveți? Nu vă simțiți bine? Sînteți bolnav? Aveți ochii cam umflați...

— Da, am stat opt ore în stare de totală nesimțire...

— Vai! Dar cum așa?

— Am dormit!

Regele Prusiei, care studiase medicina, îi declara generalului Quintus Icilinus, un intim al său:

— Dacă pierd bătălia, mă refugiez la Veneţia şi profesez medicina.

— Tot asasin, răspunse generalul.

În cursul unei conferinţe, celebrul medic Abbernethy spunea:

— În lumea întreagă centenarii sînt sărbătoriţi şi onoraţi. Din păcate, mortalitatea este foarte ridicată printre ei. Este necesar să se ia măsuri pentru a se împiedica dispariţia acestei interesante specii.

Artista Falconetti spunea:

— Sînt groaznic de surmenată. Aş vrea să nu văd pe nimeni, să fiu singură şi să mă pot odihni cîtva timp!

Tristan Bernard, a cărui ultimă piesă constituise un eşec, începu să se caute prin buzunare:

— Un moment, scumpă prietenă... Îţi dau un bilet la spectacolul cu piesa mea şi îţi garantez că acolo vei fi singură!

Muzicantul Massieu, care era orb, îşi iubea cu pasiune soţia, deşi i se spusese că era foarte urîtă. Un oculist celebru îi propuse să-l opereze pentru a-i reda vederea, dar Massieu refuză:

— Aş pierde dragostea pe care o port soţiei mele şi această dragoste mă face fericit. De ce aş renunţa la fericire?

Lordul Russel, aflat în vizită la cancelarul Bismark, îl întrebă, printre altele, cum reuşea să scape de vizitatorii nepoftiţi sau plictisitori.

— E foarte simplu, îi explică Bismark: soţia mea intră şi mă cheamă sub un pretext oarecare.

Abia rostise aceste cuvinte, că uşa se deschise şi prinţesa de Bismark intră spunînd soţului ei:

— Dragul meu, nu uita că trebuie să vii să-ţi iei doctoria!

Gérard de Nerval căzu bolnav de friguri. Trei doctori la modă îl îngrijeau. Cînd cineva îl întrebă de ce boală suferea, scriitorul răspunse:

— Am o criză de friguri, complicată cu cîţiva medici.

★

Doctorul Du Moulin, fiind în agonie, se adresă numeroşilor săi confraţi care se aflau la căpătîiul său:

— Domnilor, las după mine trei mari medici...

Crezînd că va fi numit, fiecare dintre cei prezenţi amuţi, privind nerăbdător spre buzele muribundului care, cu o ultimă sforţare, completă:

— ...Curăţenia, exerciţiul, cumpătarea.

★

Chirac, după o operaţie destul de dificilă şi de dureroasă pentru bolnav, i se adresă acestuia, în timp ce îşi curăţa instrumentele:

— Mă socoteşti, probabil, un măcelar!

— O, nu, gemu pacientul; măcelarii omoară înainte de a jupui!

★

Celebrul scriitor francez Stendhal povesteşte în „Plimbări prin Roma" că locuitorii oraşului erau îngroziţi la gîndul că în locul lui Leon al X-lea avea să urmeze pe scaunul pontifical Adrian al VI-lea, un om care detesta poezia şi artele în general. Vestea morţii lui Adrian a fost semnalul unei nemaivăzute manifestaţii de bucurie. Şi medicul răposatului, Giovanni Antracino, şi-a văzut casa împodobită cu ghirlande de flori, purtînd următoarea inscripţie:

„Poporul şi senatul din Roma, liberatorului patriei"!

★

Celebrul chirurg din Edimburg, Sir Joseph Lister, a fost trezit la miezul nopţii şi chemat la un pacient foarte bogat. După un consult de scurtă durată, Lister l-a întrebat pe pacient:

— V-aţi făcut testamentul?

— Credeţi, a îngăimat bolnavul, credeţi, domnule doctor...

— Daţi dispoziţie să fie chemaţi cei doi fii ai dumneavoastră, precum şi notarul.

— Consideraţi starea mea de asemenea gravitate? întrebă tremurînd pacientul.

— Nu, domnule. Dar nu vreau să fiu singurul prost care a fost trezit degeaba la miezul nopţii!

★

Frederic cel Mare discuta într-o zi cu medicul său:

— Să vorbim sincer, doctore: cîţi oameni ai ucis în viaţa dumitale?

— Sire, răspunse medicul, cam vreo mie, oricum mult mai puţini decît majestatea voastră.

★

Corvisart, medicul lui Napoleon Bonaparte, povestea cuiva despre moartea unui coleg:

— Doctorul Backer n-a murit din lipsă de îngrijiri pentru că, în ultimele zile, Hallé, Portal şi cu mine nu ne-am mişcat de lîngă patul lui...

— Ce putea să facă unul singur contra trei? suspină interlocutorul.

Culese de GIUSEPPE NAVARRA

DIN CUGETĂRILE UNUI astenic

RODICA TOTT

● Înţelepciunea altora nu e molipsitoare decît dacă sîntem predispuşi.

● Nu toţi oamenii care plîng sînt slabi. Unii sînt chiar obezi.

● Simptomele nefericirii seamănă cu ale reumatismului: începe să te înjunghie cînd una, cînd alta...

● Avea multe eşecuri pe care le numea succese din moment ce nu erau catastrofe.

● Niciodată nu vom putea vedea din toate punctele de vedere.

● Oare şi şoarecii or fi trăgînd mîţa de coadă?

● Unii îşi iau lumea în cap, alţii pe umeri.

● Pînă şi oglinda minte dacă e de calitate proastă.

● Să respectăm tinereţea. Nici ea nu are zile prea multe...

● Îmi plac oamenii care se sărută. Înseamnă că n-au ce să-şi mai arunce în faţă.

● Cel mai mult mă distrează oamenii care îşi găsesc defecte. Niciodată pe cele pe care le au...

● Necazul e limbut. Fugi pînă cînd nu începe să povestească ce mai are-n gînd să facă.

● Fusese atît de mult ajutat încît avea numeroase obligaţii. La C.E.C.!

● Constat că filozofia vieţii e, de fapt, filozofia pe care o are omul asupra morţii.

● Nimicul luat în seamă, devine totuşi ceva...

● Mulţi văd, dar puţini descifrează.

● Femeile nu ştiu să piardă o luptă. Ori o cîştigă, ori o declară nulă.

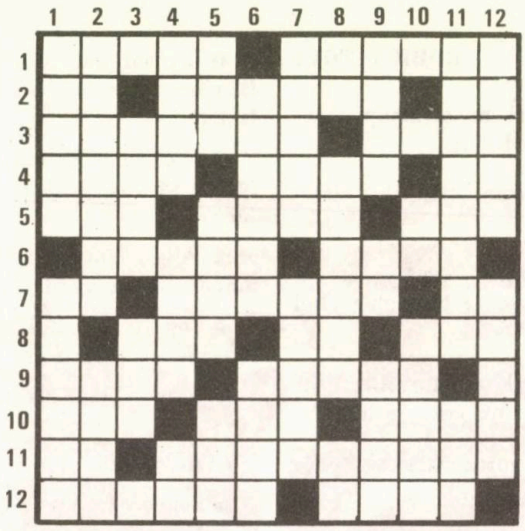
● Tinereţea rîde cu gropiţe, bătrîneţea rîde cu gropi.

● Amară trebuie să fie pîinea celui care are limba încărcată cu venin...

● Dacă sapi groapa altuia, plantează măcar un pom.

● Zgîrcitule — i-am spus — nu vezi că banii te fac din ce în ce mai nefericit? Şi el de colo: Care bani?!

a 7-a artă și medicina *



ORIZONTAL: 1) Regizor german, autor al capodoperei școlii expresioniste, **Cabinetul doctorului Caligari,** film realizat în anul 1919 (Robert) — Unul din cei mai populari actori americani, care s-a afirmat și în filmul **Dubla existență a Dr. Clitterhouse,** din 1938 (Humphrey). 2). Oprește! — Regizor sovietic, care a debutat în 1924 cu documentarul **Scarlatina** (Frederik Markovici) — Ore! 3) **Ispitele doctorului...** sau **Boccaccio '70,** film de scheciuri realizat în 1961 de regizorul italian Federico Fellini — În filmul **Goya,** ca și în romanul lui Feuchtwanger, își pierde viața în urma avortului provocat de doctorul Peral (Cayetana de). 4) Cunoscut regizor englez (David) — Unul dintre cei mai străluciți cineaști din S.U.A., care a turnat în anul 1933 filmul **Doctor Bul** (John) — Pană. 5) Răsărit — Agude — Diminutiv feminin. 6) Afluent al Trotușului — Celebru polițist...

antialcoolic, dintr-un interesant serial TV. 7) În ajun! — Actriță americană, care s-a relevat în filmul **Dubla existență a Dr. Clitterhouse,** turnat de cineastul Anatole Litvak în 1938 (Claire) — Operă. 8) ... **doctorului Laurent,** film realizat în anul 1956 de regizorul francez Jean-Paul Le Channois, avînd ca interpret principal pe Jean Gabin (neart.) — Scrieri! — Afluent al Pripetului. 9) Oraș în U.R.S.S. — Mare interpret din perioada de glorie a cinematografului hollywoodian, care a obținut primul său mare succes în filmul **Doctor Jekyll and Mister Hyde** sau **Bestia,** film turnat de Rouben Mamoulian în anul 1932 (Frederic). 10) După noi! — **Tratament prin...,** film realizat de A. Jessua în 1972, avînd ca interpret principal pe Alain Delon — Rege shakespearian. 11) Două din zece! — Savant român, medic, pionier al filmului științific mondial, care a realizat, în anii 1898—1899, filmări avînd ca scop studierea unor maladii psihice (Gheorghe). 12) Cineast englez, realizatorul filmului **Doctorul acasă** (1954), în care se remarcă actorul Dirk Bogarde — **...lui Frankenstein,** film realizat de cineastul american R. V. Lee în 1939, avînd ca interpret principal pe actorul Béla Lugosi, originar din orașul Lugoj.

VERTICAL: 1) Regizor american, realizatorul filmelor de groază științifico-fantastice medicale intitulate **Frankenstein** (1931) și **Mireasa lui Frankenstein** (1935), avînd ca protagonist pe Boris Karloff (John) — Actor francez, care se remarcă, alături de Dita Parlo, Pierre Blanchar și Pierre Fresnay, în filmul **Domnișoara Doctor,** realizat de celebrul cineast german Georg Wilhelm Pabst în anul 1937 (Louis). 2) Operator român, care a filmat în 1970 documentarul de scurt-metraj intitulat **Profilaxia gripei** (Grigore) — Regizor american, care, în anul 1958, a turnat filmul de groază **Frankenstein 1970,** cu Boris Karloff în rolul principal. 3)... **ia purgativul,** film de debut al cunoscutului cineast francez Louis Feuillade (1906) — Drumuri. 4) Gaz nobil — Cunoscut actor comic american — Milimetru. 5) Inginer român — Curajos — Poet portughez, unul dintre creatorii teatrului din țara sa (1495—1558). 6) Actor japonez, devenit celebru prin filmele lui Akira Kurosawa, dintre care amintim pe cel cu subiect medical intitulat **Barbă Roșie** (1965) — Zeița morții la romani. 7) **Căpitanul ...,** film realizat de regizorul american Michael Curtiz în anul 1936, cu Errol Flynn în rolul mediculuí căpitan de pirați fără voie și cu Olivia de Havilland în rolul iubitei acestuia, Arabella Bishop — **Medicul și...,** film realizat de regizorul italian Mario Monicelli în 1957, avînd ca protagonist pe Marcello Mastroianni (neartic.). 8) Inimă de poet! — Renumit regizor francez, realizatorul filmelor **Copilul ia purgativul** (1931), **Madame Bovary** (1934) și **Testamentul doctorului Cordelier** (1959) (Jean) — Nicolae Filimon. 9) Unitate termometrică — Edward Robinson — Pentru lipit. 10) Campion — Regizor român, realizatorul filmelor științifice **Febra aftoasă** (1960), **Plasma** (1965), **Bacteriile** (1970) ș.a. (Doru). 11) Cunoscut actor american, născut în România (București), protagonistul filmului **Dubla existență a Doctorului Clitterhouse** (Edward G.) — Un fel de vendetă la arabi. 12) Alt cunoscut actor american, protagonist al filmului **Doctorul Jekyll și domnul Hyde** realizat în anul 1941 de regizorul V. Fleming — **Cele... fiice ale dr. March,** film realizat în 1933 de regizorul american George Cukor, în care se remarcă actrița Katharine Hepburn.

Dr. NICOLAE ANDREI

DISCUŢII cu prof. dr. docent P. FIRU

ŞEFUL CATEDREI DE STOMATOLOGIE INFANTILĂ DIN BUCUREŞTI, LAUREAT AL ACADEMIEI R. S. ROMÂNIA ŞI AL ACADEMIEI NAŢIONALE FRANCEZE

1. Care sînt afecţiunile buco-dentare mai frecvente şi ce factori concură la apariţia lor?

Cea mai frecventă afecţiune din lumea contemporană civilizată este fără îndoială caria dentară. Practic nu există copil sau adolescent care să nu fi suferit de carii dentare. Ceea ce este însă mai îngrijorător astăzi, este faptul că rareori întîlnim numai 2 carii la un singur copil. De obicei astăzi sînt minimum 6, cu perspectiva în viitor de a întîlni peste 10 carii pe cap de locuitor. De asemenea, apar ca îngrijorătoare evoluţia rapidă a cariei dentare şi creşterea numărului complicaţiilor locale sau generale, dintre care bolile cardiovasculare, renale, hepatice sau reumatismul articular sînt cele mai grave, cu cea mai mare mortalitate. Iată de ce caria dentară este considerată astăzi şi factor de risc.

A doua boală cu frecvenţă îngrijorătoare este parodontopatia marginală; aceasta afectează adolescenţii şi oamenii adulţi în proporţie de 60—70%. După vîrsta de 35 de ani la femei şi 40 de ani la bărbat se scot dinţii cu leziuni parodontale, sau cad singuri de 5 ori mai mult decît în caria dentară.

În jurul vîrstei de 55—60 de ani, majoritatea oamenilor din ţara noastră suferă de edentaţie, de lipsa de dinţi, a treia boală ca frecvenţă, care de fapt este rezultatul netratării la timp a cariei şi parodontopatiei marginale.

Protezele dentare, absolut necesare unui om care munceşte, nu pot înlocui perfect dinţii naturali nici sub aspectul fizionomic, şi nici sub aspectul funcţional; în plus, confecţionarea protezelor costă foarte mult, sute de milioane de lei fiind alocate din bugetul

țării noastre pentru confecționarea acestor proteze, bolnavii plătind doar 10% din valoarea lor.

Este interesant că după 55 de ani, edentații nu mai au putere de muncă și nu mai au rezistență la diferitele boli ce apar periodic cu caracter epidemic, cum ar fi gripa. De aceea, se constată o mare mortalitate a edentaților la această vîrstă, supraviețuind numai cei care-și mai păstrează dinții completați cu proteze și pot avea o alimentație completă (Firu). Aceste observații au fost făcute pe 35 000 locuitori în cadrul anchetelor medico-antropologice din țara noastră pe perioada 1951—1964, sub conducerea acad. prof. Șt. Milcu.

O altă boală care îngrijorează lumea contemporană prin frecvența și complicațiile ei tardive este anomalia dento-maxilară. Aproape 60% din copiii noștri prezintă această afecțiune, din care 40% au nevoie de tratamente ortodontice de specialitate. Omul modern trăiește astăzi în societate, unde cel puțin 8 ore pe zi lucrează, discută cu colegii de șantier, învață pe cei tineri meseria lor. Mulți dintre acești oameni prezintă anomalii dento-maxilare, care nu erau în trecut luate în seamă; acum își dau seama că boala lor nu le-a permis să aibă o vorbire corectă (dicțiune), nu le-a permis să aibă o masticație normală, și destul de repede, chiar din tinerețe au pierdut dinții unul după altul, fie din cauza cariei, fie din cauza parodontopatiei, care la acești bolnavi au apărut mai repede și au evoluat mai rapid producînd edentații precoce.

Din grupa anomaliilor dento-maxilare trebuie să amintim de despicăturile labio-maxilo-palatine (buza de iepure și gura de lup) a căror frecvență a ajuns și în țara noastră la 1/10 000, ceea ce înseamnă că anual se nasc în țara noastră destul de mulți asemenea bolnavi care trebuie să sufere cel puțin 2 intervenții chirurgicale, cel puțin 6 aparate ortodontice și zeci de ședințe de reeducare fonetică.

Dacă la acestea adăugăm și anomaliile dento-maxilare care se asociază în majoritatea bolilor genetice, endocrine sau metabolice, ne dăm seama că această afecțiune are tendința de a crește în frecvență în anii viitori.

Automobilismul, care a luat o mare dezvoltare și în țara noastră, aduce anual mii de victime, majoritatea avînd și leziuni bucomaxilo-faciale (se lovesc cu capul de parbriz sau de volan). Fracturile maxilarelor se observă mai mult la adolescenți, conducători auto mai temerari și mai imprudenți.

După vîrsta de 50 de ani, cancerul bucomaxilo-facial își face apariția înregistrînd multe victime. Numai depistarea formelor de început ale cancerului și tratamentul precoce pot prelungi viața unui asemenea bolnav.

În afară de aceste afecțiuni frecvente mai apar din cînd în cînd supurații perimaxilare sau anchiloze temporo-mandibulare, a căror frecvență a scăzut simțitor datorită îngrijirii bolnavilor din țara noastră.

În ce măsură viața modernă, civilizația însăși favorizează apariția acestor afecțiuni?

Alimentația, ca factor de mediu, a suferit mari modificări în ultimii 12 000 de ani, atît sub raportul cantitativ cît și asupra proporțiilor de proteine, grăsimi, glucide, folosite cît mai des sub forma modelului de preparare din ce în ce mai rafinat. Cînd cerealele au devenit alimentul preponderent la omul neolitic (10 000 î.e.n.) a crescut populația de la 30 000 cît era pe glob, în paleoliticul superior (30 000—100 000 î.e.n.) la 300 milioane locuitori cît erau pe pămînt în epoca împăratului August Octavian. Odată cu cerealele apar și carii dentare în proporție de 25% (4000—3000 î.e.n.) în țara noastră, ajungînd la 51% în perioada romană, cînd „roadele civilizației agricole" din acea perioadă erau generalizate și în Dacia Traiană. În secolul 18, în perioada războaielor napoleoniene, cînd s-a descoperit metoda de extragere a zahărului din sfecla de zahăr, caria dentară devine mai frecventă,

ajungînd şi în ţara noastră la 80%. În sfîrşit, în epoca actuală cînd orice copil mănîncă cu multă plăcere îngheţată, bomboane fondante sau prăjituri de cofetărie, cînd tinerele familii folosesc zilnic cafea, coniac sau ţigări şi cînd gospodinele preferă să pregătească repede o masă cu conserve sau făinoase în combinaţie cu dulciurile, caria dentară ajunge la 90% pe ţară (Firu, din studiile medico-antropologice efectuate pe 35 mii locuitori).

Într-o proporţie îngrijorătoare şi tot datorită modificării alimentaţiei, apare şi parodontopatia ca o manifestare de neadaptare a omului la mediul alimentar.

Alimentaţia modernă a modificat şi flora microbiană bucală, mult mai bogată în tulpini de streptococ, ce-şi găsesc mediul favorabil nutritiv în cavitatea bucală, unde există resturi alimentare, dulciuri lipicioase, în mai mare cantitate. Or, tulpinile streptococice sînt cele mai „cariogene" microorganisme din cavitatea bucală, trecînd uşor, în cazul cariilor sau parodontopatiilor complicate, prin circulaţia generală la inimă, articulaţii.

Fără îndoială că numai o igienă alimentară cu restricţii în glucide şi eliminarea dulciurilor lipicioase între mese, o igienă bucală care să îndepărteze resturile alimentare de pe dinţi după fiecare masă şi îngrijirea sistematică, în cadrul dispensarizării stomatologice, pot să oprească parţial valul acestor flagele ale societăţii moderne: caria şi parodontopatia.

Transplantul, ca modalitate terapeutică radicală, va uşura în viitorul apropiat tratamentul unor afecţiuni?

Transplantele dentare se cunosc încă din antichitate: din epoca romană, cînd bogaţii cumpărau dinţii sănătoşi ai sclavilor pentru a fi transplantaţi în gura lor. Transplantele dentare se reiau pe scară mare în secolul 20, cînd se stabilesc şi tehnici bine concepute dar complicate. La noi în ţară prof. Gomoiu făcea autotransplante dentare, la adolescenţii ce-şi pierdeau dinţii prin traumatisme; după primul război mondial se dezvoltă la noi tehnica transplantelor osoase pentru defecte osoase faciale; după al 2-lea război mondial se introduc pe scară largă implantele osoase (juxta- sau intraosoase) pe care se aşază dinţii artificiali .

Care este situaţia actuală în aplicarea transplantelor dentare sau osoase şi a implantelor metalice?

Cîteva definiţii. Transplantul dentar presupune extracţia unui dinte dintr-un lăcaş

şi aşezarea lui în altul, ales de noi într-un „pat" creat artificial de medicul stomatolog.

Cînd se transplantează dintele aceluiaşi bolnav vorbim de autotransplant; cînd aplicăm în gura unui bolnav dintele altui pacient, vorbim de homotransplant; cînd folosim dinţi de maimuţă, vorbim de heterotransplant.

În cazul transplantului osos putem vorbi de autotransplant osos, cînd recoltăm de exemplu un fragment osos din creasta iliacă şi-l aplicăm pe maxilarele aceluiaşi bolnav.

Astăzi folosim destul de frecvent fragmente osoase recoltate de la mamă, din regiunea iliacă de exemplu, pentru a le transplanta la maxilarul copilului ei. Vorbim atunci de homotransplant matern. Se mai pot utiliza fragmente osoase de la bolnavii care pierd un membru în timpul unui accident; aceste fragmente osoase trebuie tratate cu raze gama (γ) pentru a le despecifica şi a elimina fenomenul de „rejet". Vorbim atunci de homotransplant liofilizat. După al 2-lea război mondial se folosesc din ce în ce mai frecvent implante metalice ce se aşază ca o „şa" pe creasta maxilarului (juxtaosoase) sau se introduc în osul maxilarelor, lăsînd să iasă prin gingie numai 1—2 „bonturi" pe care se aplică protezele fixe. Cu toată repudierea lor de majoritatea chirurgilor maxilo-faciali, astăzi implantele metalice osoase (juxta- sau intraosoase) se folosesc în majoritatea ţărilor din lume.

Ce e nou actualmente în transplantele şi implantele dentare?

În mod curent, dinţii incluşi se extrag şi se transplantează pe creasta alveolară, unde există dintele de lapte corespunzător sau unde era un spaţiu edentat. Tehnica s-a simplificat, nemaifiind necesare obturaţia retrogradă a dintelui transplantat şi nici imobilizări complicate. Efectuăm acest autotransplant numai dacă dintele inclus nu poate fi redresat intraoperator în locul unde ar fi trebuit să stea (basculare) sau nu poate fi tras cu aparate ortodontice în locul lui normal. Sînt cazuri în care trebuie să scoatem molari de minte încă neformaţi complet (germectomie) din motive ortodontice; la acelaşi bolnav se întîmplă destul de des ca molarii de 6 ani să fie distruşi complet sau să aibă infecţii la rădăcină (parodontită apicală, greu de tratat). În aceste cazuri, se transplantează germenul molarului de minte în alveola molarului de 6 ani (primul molar) care şi aşa trebuia extras. Alteori, dacă un bolnav este edentat terminal (nu mai are nici un molar) pe unul din maxilare, se poate să extragem un dinte de la acelaşi bolnav dintr-un loc unde nu este absolută nevoie de el şi să-l transplantăm în zona edentată; în acest fel se poate realiza o proteză fixă, folosind ca stîlp dintele transplantat. Transplantele dentare de acest gen se fac împreună cu ţesutul osos din jur; freze speciale scot dintele care apare ca un „butoiaş" învelit în ţesut osos şi cu aceleaşi freze de aceeaşi dimensiune se face un „pat" în zona edentată.

De mare actualitate rămîn implantele metalice care pot fi ca nişte „şei" ce se aşază pe creasta osoasă, ieşind afară prin mucoasă numai un bont pe care se aplică proteza fixă (implante juxtaosoase). Alte implante au forma de 2—3 ace ce se introduc în os cu un aparat special. În sfîrşit, astăzi sînt la modă implantele intraosoase care au o porţiune în formă de „pod" cu mai multe bolte ce pătrund în maxilar, un gît ce vine în contact cu mucoasa gingivală pe care o perforează şi un bont pe care se aplică proteza. Implantele metalice se fac în ultimul timp şi la noi în ţară, indicaţiile fiind totuşi limitate la bolnavii cu edentaţii terminale reduse, cu dinţi existenţi sănătoşi şi fără tulburări generale metabolice. Transplantele osoase se fac destul de frecvent în chirurgia maxilo-facială reparatorie, cu deosebire la bolnavii ce au avut despicături labio-maxilo-palatine (buză de iepure) sau traumatisme, cancere de maxilare cu pierdere de substanţă osoasă sau la bolnavii cu sindroame genetice, în care unul din maxilare nu s-a dezvoltat (sindromul de arc I, II bran-

hial, sindromul Romberg etc.). Ne dau foarte bune rezultate autotransplantele osoase şi homotransplantele materne. Deşi sînt tolerate şi fragmentele osoase liofilizate de la „donatori" (homotransplante), totuşi mulţi bolnavi nu se pot împăca cu ideea că poartă un fragment osos de la un necunoscut care şi-a pierdut piciorul într-un accident. Sînt pe cale de a fi reintroduse implantele de acrilat (material plastic din care se fac protezele), ale căror compoziţie şi metode de sterilizare sau modelare în defectul facial s-au îmbunătăţit (preparatul Palacos).

Oricît de perfecte ar fi transplantele sau implantele, trebuie să recunoaştem că ele niciodată nu vor putea înlocui dinţii sau oasele naturale; este bine ca fiecare dintre noi să ţinem „cu dinţii" la dinţii noştri, şi să-i tratăm la timp ca să nu fie distruşi de procese carioase sau parodontale.

Care este aportul şcolii medicale româneşti în stomatologie, în special în profilaxia unor afecţiuni?

Şcoala românească de stomatologie se impune mai ales după primul război mondial, cînd medici cu cultură biologică şi medicală au preluat specialitatea de la dentişti-tehnicieni ce nu aveau uneori nici 4 clase primare. Personalitatea care a pus bazele stomatologiei medicale din ţara noastră a fost prof. Dan Teodorescu din Bucureşti, care a format majoritatea stomatologilor noştri de frunte din Bucureşti, Iaşi, Cluj, Timişoara. Dezvoltînd moştenirea înaintaşilor noştri, col. V. Ionescu, prof. Duţescu, prof. Csogor, prof. Vasilescu, prof. Oprişiu, stomatologia a dezvoltat o puternică reţea în ţară, cu circa 7 000 medici stomatologi, cea mai puternică după medicina generală, a format o facultate proprie în sînul căreia s-au diferenţiat 5 specialităţi stomatologice: propedeutica, odontologia, parodontologia, ortopedia, chirurgia maxilo-facială şi stomatologia infantilă, ca să nu mai vorbim de catedrele de perfecţionare. În toate aceste specialităţi s-a dezvoltat cu deosebire latura profilactică şi preventivă a afecţiunilor bucomaxilare. Depistarea precoce a cariei dentare, a anomaliilor dento-maxilare la copiii preşcolari, la şcolari şi adolescenţi, prin crearea cabinetelor şcolare şi examinările periodice în cadrul dispensarizării constituie pentru ţara noastră o experienţă în premieră, ce este apreciată mult şi peste hotare. În chirurgia maxilo-facială s-a pus de asemenea la punct sistemul depistării precoce a formelor de început ale cancerului, cu mijloace de laborator. În ortopedie, propedeutică, odontologie s-au definitivat cele mai bune tehnici şi mai ieftine pentru refacerea dinţilor distruşi de carie sau parodontopatie în vederea menţinerii integrităţii şi sănătăţii dentare.

Hotărîrile plenarei Comitetului Central al P.C.R. din 1968, care a stabilit liniile directoare în sectorul sanitar, prevăd o îngrijire cu prioritate a bolilor de dinţi la copii şi dezvoltarea metodelor profilactice. Pentru a da viaţă acestor hotărîri, Ministerul Sănătăţii a dezvoltat cabinetele şcolare, a dirijat formarea de medici stomatologi pediatri şi continuă această linie pentru a combate şi preveni caria şi anomaliile dento-maxilare la copii, boli a căror neglijare influenţează negativ sănătatea adolescenţilor şi a oamenilor muncii. Principiul dispensarizării copiilor şcolari, dezvoltat în ţara noastră în premieră, constă în examenul periodic al tuturor copiilor şi tratarea precoce a tuturor afecţiunilor buco-maxilo-faciale la toţi copiii dintr-o colectivitate. Tot aici, în şcoli, trebuie să se dea noţiunile necesare de igienă a alimentaţiei şi de spălare a dinţilor cu peria şi pasta de dinţi; odată cu învăţarea mînuirii condeiului, copilul învaţă să mînuiască corect şi peria de dinţi. Tot în şcoli, s-a început şi fluorizarea dinţilor sau administrarea de tablete de fluor, care fac dintele mai rezistent la producerea cariei dentare.

În ce constă igiena buco-dentară în profilaxia afecțiunilor stomatologice?

Igiena buco-dentară are o mare eficiență în profilaxia cariei dentare și a parodontopatiei, deoarece îndepărtează resturile alimentare lipicioase, care constituie mediul nutritiv pentru microorganismele cariogene. Sînt suficiente 90 minute ca resturile alimentare să fie fermentate de microbi și să producă acizi ce pot începe procesul carios prin decalcifiere. Iată de ce periajul trebuie să se facă imediat după mesele principale și obligatoriu seara înainte de culcare. Periajul trebuie făcut cu pasta de dinți, care conține săruri, carbonat de calciu, antiseptice (săruri de amoniu) și alte ingrediente care să dea un gust plăcut; periajul trebuie învățat în școală, prin mînuirea verticală a periei la dinții de sus „de sus în jos" și la dinții de jos „de jos în sus"; nu trebuie neglijată nici cea mai mică porțiune din cele 5 fețe ale fiecărui dinte. Periajul trebuie efectuat riguros, timp de 2—3 minute, după care se impune o clătire cu apă călduță pentru a îndepărta toate resturile alimentare detașate prin periere și eventualele resturi de pastă de dinți, care pot fi iritante pentru mucoasa gingivală.

Ce recomandați tinerei generații pentru menținerea unei dentiții sănătoase?

— Trei lucruri și anume:

1. Dietă și obiceiuri alimentare raționale.
2. Spălare corectă, îngrijită și la timp a dinților.
3. Control periodic, cel puțin la un an, la un medic stomatolog.

Cu aceste trei lucruri tinerii pot intra în societate sănătoși, viguroși și rezistenți la toate modificările de mediu (temperatură, umiditate, atmosferă poluată etc.).

1. Dieta presupune să știm **cînd, cum** și **ce** anume mîncăm pentru a avea sănătoasă prima poartă a organismului nostru. Să mîncăm de 3 ori pe zi, variat ca formă dar proporțional în conținut: 3 g proteine, 1,5—2 g grăsimi, 2—2,5 g hidrocarbonate pe kg/corp.

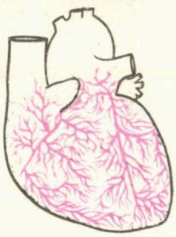
Restricțiile de dulciuri și îndepărtarea celor lipicioase, cariogene sau parodontogene, cum ar fi caramelele, înghețata, fondantele și prăjiturile de cofetărie. Consum la discreție de lapte și produse lactate; mere, cît mai multe mere la sfîrșitul mesei sau între mese.

2. Spălarea aduce sănătate și frumusețe dinților fiecărui tînăr. Să învățăm corect spălarea dinților prin mișcări verticale de sus în jos la arcada superioară și de jos în sus la arcada inferioară. Să ne controlăm eficiența periajului prin clătirea gurii după periaj cu apă călduță în care am pus 5 picături de tinctură de iod, sau de fucsină acidă. Suprafețele dentare colorate nu au fost bine spălate și trebuie reluat periajul. Controlîndu-ne fiecare periaj cu asemenea coloranți, reușim după cîteva săptămîni să ne spălăm corect și îngrijit după fiecare masă principală.

3. Vizita periodică la un stomatolog este o necesitate, deoarece cariile și parodontopatiile incipiente, ca și anomaliile dento-maxilare, nu produc durere și nu pot fi depistate decît de medicul stomatolog. Teama de durere la tratamentul unui dinte vine de la neglijarea sănătății dinților, majoritatea bolnavilor venind cînd au dureri mari dentare, și cînd, în disperare, cer să li se extragă dintele. Caria de smalț sau dentină nu doare cînd este tratată cu frezele bine centrate; obturarea unei asemenea leziuni se poate face în 1—2 ședințe, reducîndu-se la minimum „timpul pierdut" la dentist. Așadar, controlul periodic și tratamentul precoce al tuturor afecțiunilor buco-dento-maxilare depistate precoce de medicul stomatolog!

Realizator: dr. **GH. M. GHEORGHE**

PERFORMANȚELE INIMII



Am citit într-o revistă cîteva noțiuni și cifre privitoare la posibilitățile mari de care este capabilă o inimă omenească. Ea se contractă de 70 de ori pe minut, adică de 4 200 de ori într-o oră, de 100 000 de ori într-o zi, ceea ce face 36 000 000 pe an, iar în 68 de ani, care reprezintă media de viață, inima se contractă de $2^1/_2$ miliarde de ori.

Dacă se ține seama că există perioade de activitate intensă care cer un efort suplimentar, numărul contracțiilor cardiace atinge chiar 3 miliarde. În acest timp transportă cu concursul arterelor 70 ml sînge la fiecare contractare, adică 4 litri pe minut, 250 litri pe oră, peste 5 000 de litri într-o zi, aproape 2 000 000 într-un an, iar în cursul unei vieți 120 000 000 litri, cam cît conține un lac mare.

Activitatea inimii depusă fără încetare zi și noapte sau, cum se spune în știință, travaliul ei este produsul dintre greutate și distanță. Aceasta înseamnă că munca inimii este egală cu efortul necesar mutării unei greutăți de 100 kg pe o distanță de multe zeci de kilometri.

Inima este din punct de vedere mecanic o pompă aspiratoare și respingătoare, deci primește sîngele și îl respinge trimițîndu-l în artere; din punct de vedere electric este o centrală care se încarcă prin funcționare, probă că se pot înregistra electrocardiografic curenții răspîndiți în jurul ei. Al treilea atribut este formarea și utilizarea de energie, însușire comună fiecărui organ și fiecărei celule.

Fără energie nu funcționează nici un motor și nici organele noastre, care se conduc după aceleași legi. Energia se produce prin arderea sau spargerea moleculei din alimente; acestea se formează la plante mai ales din sinteza sau unirea în proporții anumite a elementelor simple: carbon, azot, sulf, fosfor, hidrogen, oxigen. Sinteza lor se realizează printr-o energie și anume energia solară.

Spargerea moleculei din alimente eliberează această energie acumulată în ea, pe care organismul o transformă în energie calorică sau căldură, energie dinamică sau de contracție și energie electrică. Fără soare viața

nu ar fi posibilă; el este izvorul de energie necesar vieţii plantelor şi a animalelor.

Ne întrebăm din ce material este făcută inima noastră capabilă de o performanţă atît de uriaşă? Sînt cunoscute oare în construcţia de maşini, avioane, vapoare, nave cosmice, materiale cu o rezistenţă atît de mare şi cu o viaţă atît de lungă?

Dacă am cerceta performanţele creierului, rinichiului, ficatului etc. constituite din miliarde şi sute de miliarde de celule şi fibre, rămînem la fel de uluiţi; funcţionarea lor se materializează în cifre incredibil de mari. Apar aproape ca o poveste fantastică toate posibilităţile cuprinse într-un creier care cîntăreşte ceva mai mult ca 1 kg sau într-un rinichi mare cît un pumn de copil, sau o inimă care nu este mai mare ca un pumn de adult.

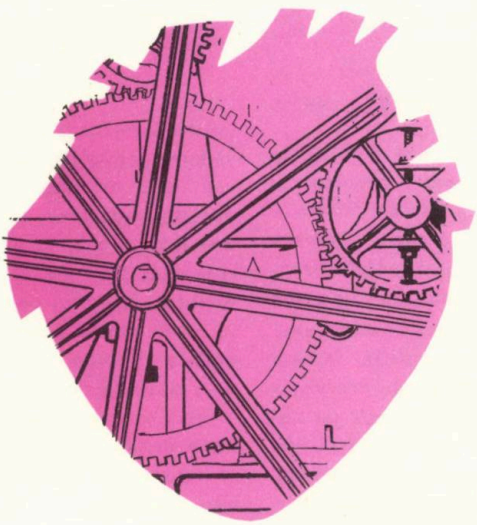
Numai ficatul este mai mare, căci el reprezintă hambarul care depozitează materialele producătoare de energie.

Fără voie, gîndul ne poartă spre unele vietăţi minuscule, care posedă, în corpul lor firav, organe de mare fineţe, capabile să producă fire de mătase sau pînză subţire, miere sau alte bunuri folosite de om. Dacă am vrea să le fabricăm am fi obligaţi să construim o uzină întinsă pe mai multe hectare, înzestrată cu aparatură variată şi condusă de o armată întreagă de ingineri, chimişti, arhitecţi şi tehnicieni după multe calcule şi cu o mare cheltuială de materii prime şi de energie electrică.

Omul a învăţat şi învaţă mult de la natura „mamă"; tehnica modernă se inspiră din structura şi funcţionarea plantelor şi a animalelor, dar nici oamenii de ştiinţă nu au putut încă descoperi şi smulge de la natură toate secretele mari şi esenţiale, aşa cum Prometeu a răpit focul sacru şi l-a încredinţat oamenilor ca să-l poată folosi. Mai este încă mult de cercetat şi de învăţat pentru a putea pătrunde în intimitatea proceselor biologice. Viitorul are încă sarcini mari. Se lucrează cu asiduitate în diferite ştiinţe şi fiecare descoperire într-un anumit domeniu este preluată în alte domenii. Ştiinţa vieţii sau biologia a învăţat şi învaţă de la alte ştiinţe, zise exacte, ca fizica, chimia, electronica, matematica, iar aceste ştiinţe au încă mult de învăţat de la biologie — ştiinţa vieţii.

Din această întrepătrundere rezultă un pas înainte în explicarea fenomenelor generale şi a vieţii. Solidaritatea tuturor disciplinelor constituie baza progresului.

Dr. G. RUSSO



ASPIRINA ŞI MEDICAŢIA ANTIAGREGANTĂ

TROMBOZELE PRIMEJDUIESC VIAŢA

Viaţa începe printr-o tromboză şi sfîrşeşte adesea la fel, afirma un mare cunoscător al suferinţelor arteriale. El amintea astfel secţionarea venei ombilicale, cu cheagul (trombusul) consecutiv, apoi unul din accidentele vasculare: apoplexia cerebrală sau infarctul miocardic a căror cauză este de asemenea apariţia unui cheag, întrerupînd brusc circulaţia într-un sector vital ca inima sau creierul. Frecvenţa acestor complicaţii în cadrul bolilor cardiovasculare aterosclerotice, care constituie prima cauză de mortalitate în lumea modernă, explică interesul acordat cunoaşterii procesului de formare a cheagului (a trombozei) în vederea prevenirii lui.

În fond este acelaşi fenomen natural care opreşte sîngerarea, dar care de astă dată survine intern, chemat nu de o rănire, ci de apariţia unor plăci grăsoase în structura peretelui vascular. Iar totul porneşte de la proprietatea ce o au aceste elemente micuţe ale sîngelui, numite plăcuţe sanguine sau trombocite, de a adera la orice suprafaţă străină. Oricărui cheag i se descriu două sectoare: unul de culoare deschisă, implantat în perete, care este cheagul alb format din plăcuţe sanguine, şi altul roşu, din fibrină şi globule roşii, a

cărui extindere poate duce la astuparea totală a vasului. Factorul esențial în formarea unui cheag e reprezentat de trombocite, elemente figurate ale sîngelui lipsite de nucleu, dar după cum a evidențiat microscopia electronică, posedînd o structură protoplasmatică complexă. Cheagul necesită multe trombocite și, de aceea, primele venite eliberează o enzimă, adenozinbifosfatul, care are proprietatea de a aduna noi elemente, agregîndu-le, adică alipindu-le unele de altele. La rîndul lor, noile venite procedează la fel și cheagul alb se mărește. Într-o serie de stări ca hipertensiunea arterială și alimentația cu exces de grăsimi, agregabilitatea plăcuțelor este mult crescută și implicit tendința de tromboză. La bifurcația vaselor, unde de altfel ateroscleroza se localizează cu predilecție, vîrtejurile circulatorii creează condiții propice pentru apariția unor asemenea tulburări prin lezarea mecanică a endoteliului vascular și aglomerarea plăcuțelor sanguine. Acum știm și de ce accidentele vasculare survin mai des după mari tensiuni psihice: stressul nervos mărește agregabilitatea plăcuțelor, care încep să circule reunite în grupuri mai mari. Căutarea unor substanțe care să prevină complicațiile trombotice a dus la apariția și dezvoltarea „medicației antiagregante" capabilă să reducă adezivitatea și reunirea între ele a plăcuțelor. Deocamdată ne stau la dispoziție preparate ca: Papaverina, Eufilina (Miofilina) și Persantinul. Dar cel mai intens efect antiagregant îl exercită Aspirina, al cărei radical acetil, fixîndu-se pe membrana plachetară, oprește eliberarea adenozinbifosfatului, împiedicînd astfel alăturarea trombocitelor. În scop terapeutic 2 tablete de 0,50 g exercită o acțiune maximă timp de 24-48 de ore. De notat că restul salicilaților, de care Aspirina e atît de apropiată, nu posedă această acțiune.

VEȘNIC TÎNĂRA ASPIRINĂ

Mînat de dragostea ce o purta tatălui său, care suporta greu salicilatul pe care îl lua pentru reumatismul de care suferea, chimistul Hoffman îi ameliorează formula. Așa ia naștere acidul acetilsalicilic, un produs mai activ și mai bine tolerat. În 1900 casa Bayer îl răspîndește în toată lumea sub denumirea de Aspirină. Noul medicament parcurge rapid un drum glorios datorită celor trei acțiuni remarcabile ale sale: analgetică, adică de combatere a durerii, antitermică, de scădere a febrei și antiinflamatorie, deosebit de utilă în reumatism. I se mai adaugă o a patra, studiată mai de curînd: o acțiune liniștitoare, sedativă. În mers mereu ascendent, aspirina ajunge un adevărat bun de larg consum. Nu lipsește din nici o casă. Este prezentă în compoziția celor mai multe antinevralgice și deține o poziție de bază în tratamentul multor afecțiuni: nevralgii, mialgii, sciatice, stări gripale, reumatism acut și cronic. În poliartrita cronică evolutivă — reumatism sever, anchilozant și deformant — aspirina își dispută prioritatea cu cortizona, cu care de altfel se aseamănă mult în modul de acțiune antiinflamatorie. „Bătrîna doamnă" merită așadar considerația pe care i-o conferă nu numai îndelungata sa carieră de binefaceri oferite cu atîta modestie, ci și realele sale calități terapeutice. Dar medalia are și un revers. După gloria nedezmințită, urmează, ca de altfel în viața oricărui medicament, faza de sens invers, în care sînt căutate și expuse părțile sale negative. De fapt două sînt neplăcerile pe care le aduce și ele pot fi evitate cunoscîndu-le din timp. Aspirina prelungește timpul de sîngerare fără a produce însă vreo hemoragie periculoasă. Acest lucru era de mult cunoscut de femeile care evită în perioadele menstruale

luarea de medicamente antiinflamatorii. Aşadar, aspirina va fi evitată de cei cu o tendinţă anormală la sîngerări, cum sînt hemofilicii sau suferinzii de purpură. Al doilea inconvenient îl constituie acţiunea erozivă a fragmentelor de aspirină asupra mucoasei stomacului, ducînd la microhemoragii în tubul digestiv. La scurt timp după ingerarea aspirinei se pot găsi zone congestive, roşii în jurul particulelor ascunse în cutele mucoasei. Acţiunea nocivă este strict locală şi poate fi evitată fie luînd aspirină numai după mese, de preferat dizolvată într-un pahar cu apă, fie apelînd la forma ei efervescentă, în care aciditatea e corectată prin adaos de citrat şi bicarbonat. De aceea aspirina va fi folosită cu mare prudenţă de cei cu gastrită hiperacidă, ulcer gastric, duodenal, esofagită. Din confruntarea calităţilor cu defectele rezultă cu prisosinţă predominanţa primelor.

Dar iată că tocmai unul din aceste defecte devine virtutea terapeutică de astăzi a aspirinei.

Într-un dozaj mic (1—2 tablete) aspirina evită formarea cheagurilor intravitale, împrăştiind plăcuţele sanguine şi împiedicîndu-le să se lipească de vase. Primele rezultate comunicate de chirurgul Wolf din Frankfurt aduc multe speranţe. Peste 900 operaţi care au primit 3—4 tablete pe zi în perioada operatorie n-au avut de suferit nici o embolie mortală.

Cu ajutorul izotopilor radioactivi s-a stabilit că la peste 30% din cei operaţi apar de-a lungul venelor membrelor inferioare, depozite anormale de fibrină, constituind puncte de plecare pentru eventuale embolii. Diabeticii care utilizează aspirina pentru dureri reumatice observă cu surprindere ameliorarea vederii lor mult diminuată prin retinita de care sufereau. Se ştie că în această frecventă complicaţie a diabetului ducînd la orbire, lezarea retinei este consecinţa unor multiple cheguleţe care întrerup circulaţia în vasele ei. Din toată lumea sosesc veşti bune. Cercetări urmărite timp de cinci ani evidenţiază proprietatea Aspirinei de a reduce considerabil riscul de infarct miocardic. În Canada, se demonstrează pe grupe mari de populaţie eficienţa medicamentului în micşorarea numărului congestiilor cerebrale. Mult timp parezele şi paraliziile pasagere erau puse pe seama spasmelor vasculare. Acum ştim că în realitate e vorba de formarea unor mici cheaguri care întrerup circulaţia, apoi, risipindu-se, totul reintră în ordine. Într-o asemenea tulburare tranzitorie caracterizată prin crize de pierderea vederii, ameţeli şi dezechilibru, Aspirina s-a dovedit un medicament preventiv excelent.

În revista londoneză *The Lancet*, Wood scrie categoric dar exagerat: bărbaţii după 20 de ani, femeile după 40 de ani vor trebui să ia zilnic 1 comprimat de Aspirină pentru a preveni trombozele. Pe un lot de 8 000 persoane care iau de mulţi ani Aspirină, Craven în S.U.A. arată că n-a întîlnit nici un caz de infarct sau congestie cerebrală. Întrucît în respingerea grefelor trombozele joacă un rol principal, se încearcă Aspirina şi se pare că grefele de rinichi sînt astfel mai bine tolerate.

De asemenea Aspirina evită formarea cheagurilor şi emboliile primejdioase în jurul materialelor implantate în corp, în scop terapeutic, cum ar fi valvulele artificiale la inimă, tuburile de dacron înlocuind segmente arteriale, protezele pentru articulaţia şoldului.

Dr. GH. STOICESCU

COPILUL HANDICAPAT

Statistici recente ale Organizației Mondiale a Sănătății semnalează că aproximativ 18% din copii sînt „handicapați" sau „deficienți".

Frecvența mare și mereu în creștere cu care apar „deficiențele" constituie în prezent un semnal de alarmă pentru medici, organizatori de sănătate, sociologi, impunînd elaborarea unor programe medico-sociale complexe.

Creșterea numărului copiilor deficienți nu este numai aparentă — cum se pretinde — , datorită sesizării mai prompte a părinților, care apelează în prezent mai frecvent la medic pentru orice anomalie observată în creșterea și dezvoltarea copilului. Există o creștere reală a incidenței handicapaților datorită în primul rînd amploarei și varietății factorilor nocivi care pot deteriora produsul de concepție — copilul — încă dinainte de naștere, cît și după naștere. Dar nu mai puțin, creșterea este datorită — în mod paradoxal — progreselor terapeutice care permit menținerea în viață, de obicei cu deficiențe, a unor copii care altădată nu puteau fi salvați.

Prin „handicap" sau „deficiență" medicina înțelege acele lipsuri somatice, neurologice, psihice, senzoriale, intelectuale și de comportament care au ca urmare incapacitatea copilului de a face față — în condiții obișnuite — cerințelor educaționale, școlare, profesionale, lipsindu-l ulterior — ca adult — de posibilitatea inserției normale în viață, profesie, societate.

— Handicapurile sau deficiențele somatice sînt reprezentate de variate infirmități și malformații. Frecvent ele pot să tulbure și buna dezvoltare mintală, să amenințe echilibrul psihic al copilului.

— Handicapurile sau deficiențele neurologice sînt variate: senzoriale (tulburări de auz, de vedere), neuromotorii (paralizii și pareze), intelectuale (de la intelect „la limită" pînă la nedezvoltare psihointelectuală totală), tulburări de limbaj (de la întîrziere în vorbire, bîlbîială, pînă la imposibilitatea de pronunțare a unor cuvinte sau sunete).

— Handicapurile sau deficiențele comportamentale— de la instabilitate, agitație psihomotorie și tulburări de caracter, pînă la nevroze și psihoze — sînt constatate în prezent din ce în ce mai frecvent la copii.

Cunoașterea factorilor sau cauzelor care pot să determine diferitele handicapuri sau deficiențe are o importanță teoretică, dar mai ales practică, oferind posibilitatea unor măsuri profilactice.

Factorii nocivi sînt grupați ca: factori ereditari, peristazici, natali și postnatali.

— Factorii ereditari sînt implicați în producerea unui număr de peste 1 800 boli și malformații ereditare (ere-

dopatii). Cunoaşterea „legilor" după care se face transmisia de la ascendenţi la descendenţi face ca ereditatea să nu fie o „fatalitate" inevitabilă. Consultaţia sau „sfatul genetic" constituie o posibilitate de a micşora numărul celor handicapaţi genetic: medicul informînd familia despre caracterul ereditar al bolii constatate la copil, o previne asupra posibilităţii apariţiei la copiii următori. Evitarea consanguinităţii — a căsătoriei între rude foarte apropiate — constituie o altă măsură profilactică eficientă. De asemenea, evitarea căsătoriei între persoane care ar putea avea descendenţi bolnavi sau predispuşi: de exemplu, dacă ambii soţi sînt diabetici, descendenţii sînt predispuşi 100% la diabet.

Deoarece femeile mai în vîrstă au mai multe „şanse" decît cele tinere să nască copii handicapaţi, este recomandabil ca femeile să facă copii cînd sînt tinere (nici la începutul activităţii genitale la 14—18 ani, şi nici la sfîrşitul ei, după 45—50 ani).

— Factorii nocivi peristazici pot acţiona, în viaţa intrauterină, fie asupra produsului de concepţie normal genetic, fie suprapunîndu-se unei eredopatii. Aceşti factori pot fi: infecţii ale gravidei (în special virale, dar şi altele); — iradieri cu raze X (radioscopii şi radiografii) mai ales abdominale, repetate, efectuate în primele luni de sarcină; — medicamente „tranchilizante" (tip Thalidomida, Emetiral) şi altele consumate de gravidă fără avizul medicului; — toxice (alcool, tutun) şi mediul toxic de muncă şi de viaţă; — unele boli cronice organice, endocrine, de metabolism şi de nutriţie ale gravidei; — sarcina „toxică"; — incompatibilitatea Rh între soţi. O acţiune nedorită pot avea şi tulburările de tonus neurovegetativ determinate de „*stress*-uri" psihice (emoţii intense sau prelungite ale gravidei). Prevenirea riscurilor legate de acţiunea factorilor menţionaţi este posibilă, dacă se iau măsuri adecvate.

— Factorii nocivi intranatali reprezentaţi prin „suferinţa fătului la naştere" determinată de travaliu prelungit, asfixie, sindrom neurovascular, — îndeosebi la prematuri (născuţii înainte de termen) — pot fi eliminaţi prin asistenţa obstetricală competentă oferită în maternitate sau casa de naşteri.

— Factorii nocivi postnatali, care pot interveni după naştere pînă la adolescenţă, sînt reprezentaţi îndeosebi de: — infecţii grave cu afectarea sistemului nervos central (meningite, encefalite), mai frecvente la nou-născuţi, sugari şi copiii mici; — toxicoza sugarului (diaree gravă cu deshidratare puternică şi tulburări în hemodinamica creierului); — traumatisme grave, în special datorate accidentelor de circulaţie, dar şi căderii de la înălţime chiar mică (din cărucior sau din pat pentru sugari), dar cu urmări grave.

— Factorii „psihogeni" depăşesc însă în multiplicitate şi varietate pe toţi ceilalţi factori postnatali, ei singuri fiind responsabili de cea mai mare parte din deficienţele neuropsihice şi de comportament ale copilului, conducînd uneori la delicvenţă. Menţionăm cîţiva dintre aceşti factori psihogeni: — supraprotecţia, frustrări şi constrîngeri ale copilului, emoţiile mari sau repetate; — „personalitatea" deficitară a părinţilor (delincvenţa, tulburări de caracter, maladii mintale şi psihice, alcoolism); — dezordini în viaţa familială (lipsa de înţelegere şi certuri între părinţi şi în familie; încadrarea defectuoasă a părinţilor în viaţa socială şi profesională, viaţa lor anarhică, dezordonată); — dezinteresul părinţilor pentru activitatea, şcolaritatea şi modul cum

copilul își petrece timpul liber, pentru „prietenii" și „anturajul" lui; — raritatea distracțiilor în comun; — neinteresarea copilului pentru activități gospodărești în familie, lipsa de supraveghere a copilului (chiar lecturile și vizionările de filme).

— Un loc aparte — cu o pondere din ce în ce mai mare — îl ocupă suprasolicitarea neuropsihică a copilului, prin depășirea capacității de recepție și de cuprindere a sistemului său nervos și, ca urmare, prin imposibilitatea de executare a diferitelor activități impuse adesea de părinți. Suprasolicitarea poate provoca variate tulburări neuropsihice, intelectuale și de comportament, — de la manifestări minore (ca nervozitatea copilului, somn agitat, stare de „oboseală") pînă la forme grave — nevroze și psihoze.

● Dacă deficiențele somatice sînt în general ușor de apreciat chiar de părinți, cele mai multe fiind „vizibile", dimpotrivă evaluarea posibilităților neuropsihomotorii este mult mai dificilă, cu deosebire la sugar.

Există tabele cu reperele cele mai importante pentru aprecierea posibilităților neuropsihomotorii la copii, începînd de la naștere. Pentru vîrsta de sugar, momentul apariției surîsului și a pronunției primelor vocale — care se emit începînd de la vîrsta de 8 săptămîni, trebuie să fie prezente la vîrsta de 12 săptămîni — permite să apreciem „global" evoluția mintală, care poate fi satisfăcătoare, chiar cînd există un deficit motor. Alte două bune criterii sînt „statica" (de la vîrsta de 2-3 luni sugarul trebuie să-și țină bine capul cînd este ridicat pe sub brațe, la 5—6 luni să se țină pe șezut, nesprijinit) și „mersul" (primii pași fiind susținut de la 7—9 luni, mers liber, „nesusținut", de la 12—14 luni).

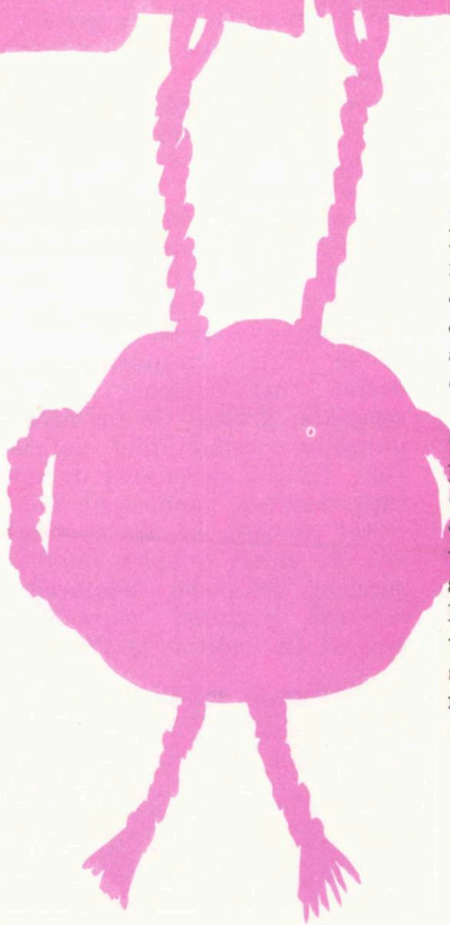
Desigur că atunci cînd se observă anomalii în dezvoltarea neuropsihomotorie, pediatrul sau specialistul în neuropsihiatrie infantilă sînt cei în măsură să aprecieze deficiența și să recomande măsurile necesare. Dar observarea anomaliilor în dezvoltarea neuropsihomotorie și măsurile terapeutice necesare trebuie să fie cît mai precoce — cel mai bine din primele luni de viață — și nu mai tîrziu de vîrsta de 4—5 ani, deoarece în primii 5 ani „plasticitatea" cerebrală permite anumite „supleanțe", straturile cerebrale intacte avînd adeseori posibilitatea să supleeze parțial sau total funcțiile unor structuri cerebrale distruse.

Trebuie să fie în atenția părinților și marii prematuri (sub 2 000 grame la naștere) ca și copiii care la naștere au primit nota Apgar sub 7. Amintim că medicii obișnuiesc să dea copilului la naștere o notă — „nota" sau „scorul Apgar" — care exprimă cifric (valoric) starea copilului la naștere. Notele 10, 9 și 8 nu pun probleme, dar nounăscuții care au primit note mai mici necesită o atentă supraveghere a dezvoltării neuropsihomotorii.

Copilul handicapat nu este un bolnav „obișnuit". Rezolvarea cazului său constă în vindecare sau în compensarea deficienței, de cele mai multe ori posibilă dar de obicei laborioasă, cerînd timp, perseverență și metode terapeutice variate, adecvate, pînă ce se obține „recuperarea" — încadrarea satisfăcătoare în familie, societate, profesie, la un nivel corespunzător posibilităților deficientului. Dar, pentru asigurarea recuperabilității maxime, handicapul trebuie depistat precoce, iar tratamentul adecvat, de obicei complex (medical, chirurgical, ortopedic, fizioterapic, educațional, eventual neurochirurgical), cere să fie instituit la timp.

Conf. dr. doc. V. PETRESCU COMAN

ÎNTÎIA ORGANIZARE A BRESLEI MEDICILOR



Domnitorul Scarlat Callimachi este socotit de către istorici drept primul organizator al breslei medicilor din ţara noastră. Sub ocîrmuirea lui s-a făcut cea dintîi *Casă a medicilor* şi s-au stabilit îndatoririle *îngrijitorilor de sănătate a norodului.* Un hrisov, dat de acest domnitor la 14 august 1813, hotăra organizarea despre care este vorba:

„Iar noi, ca nişte înşine făcători ai acestei Case şi a epitropiei doftorilor, numind anume pre cei ce dintre dînşii ni s-au arătat acum, după obiceiul ce s-au ţinut ca un lucru obştesc, să se facă alegerea doftorilor în vremea cuviincioasă şi a gerahilor şi a moaşelor, de către veliţii boieri ai pămîntului şi lefurile ce se vor plăti după tocmelile ce se vor face de dumnealor boierii epitropii Casei, însă cu acest fel de chibzuire şi îndatorare şi desăvîrşit hotărîre, adecă aceşti doctori, gerahi şi moaşe să fie de acum toţi

îndatorați a alerga cu sîrguință la trebuințele și chemările nu numai a boierilor ci și la săraci și ticăloși, încît ori în ce ceas, noaptea sau ziua, sau din partea boierilor, sau din partea celui mai de jos sărac va fi chemarea, să nu îndrăznească vreunul a pune pricină de îngreuiere, sau a prelungi mergerea pe a doua zi, din care să primejduiască viața oamenilor, ce, sau cu a lor trăsură, sau pe jos, să alerge spre ajutorul celui ce pătimește; căci într-alt chip cel ce va călca această poruncă se va scoate din numărul doftorilor și tocmeala lui se va strica și el întru nimic se va socoti. Asemene și moașele și gerahul (adică chirurgul) vor alerga cu osîrdie la cei nevoiași, de la care să nu nădăjduiască a lua vre o plată, fără numai de la cei în putere cît va fi prin putință și voință".

Dintr-un alt document aflăm cît era plata celor doi doctori ce se aflau în fruntea acestei organizații: cîte 9 840 de lei pe an de fiecare, după care urmau chirurgii, cu cîte 2 800 de lei pe an.

Profesorul Nicolae Iorga, care identifică și transcrie actele domnești referitoare la această dintîi organizare a breslei medicilor și a funcționării serviciilor respective, vorbind, în 1919, la Societatea Studenților în Medicină, menționează: „Scarlat Callimachi a prevăzut și plata unor pensii pentru personalul medical, după împlinirea a 20 de ani de serviciu — nu ca acum, cînd pensiile se plătesc pe lumea cealaltă".

ION MUNTEANU

COLUMNA și MEDICINA

Celebra Columnă a lui Traian — care se află acum și în țara noastră, într-o copie integrală — este acoperită de jur împrejur, pe toată înălțimea sa de aproape patruzeci de metri, de un basorelief în spirală, reprezentînd scene din războaiele romanilor cu dacii.

Între aceste scene se află și cea pe care o prezentăm în fotografie — un spital de campanie roman.

I M

Doctorilor care dau rețete neciteț

Cînd scrisul lor e fantezist,
Și greu de descifrat, nu-i zvon,
Că fiecare farmacist
E cîte un... Champollion.

Doctorilor neautorizați

De orice boală ei te scapă,
C-un „Fenacod", c-un „Laxativ".
Dar, numai cînd te bagă-n groapă,
Te-au vindecat definitiv.

La operație

Îți pun o sondă la ficat,
Și văd că țipi de cinci minute.
Și mai spunea un literat,
Că... „Marile dureri sînt mute!"

**La o policlinică cu plată,
s-au descoperit niște nereguli**

Cînd lucrurile nu merg bine,
O policlinică cu *plată*,
De foarte multe ori devine,
O policlinică cu... *pată*.

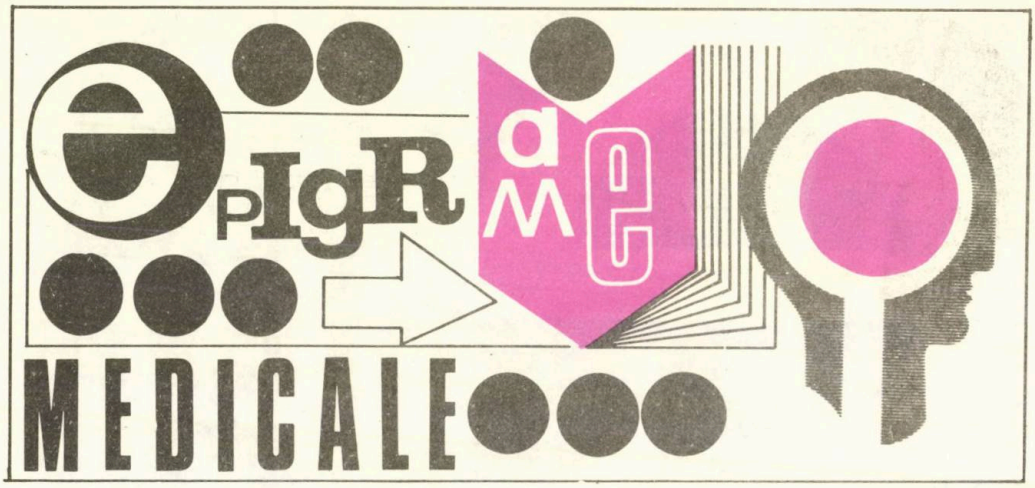
Unui bolnav

În sfîrșit e vindecat
Și-l pot crede pe cuvînt.
Piatra lui de la ficat
I-a fost pusă... pe mormînt.

Unui doctor care dă certificate cu ușurință

Certificate dă la infinit,
Că și „bolnavul" face pe atentul.
Dar medicul e tot închipuit,
Ca gripa care-o are... pacientul.

GABRIEL TEODORESCU



Inima după 50 de ani

Îmi ceri inima, în fine
Dar te rog să fii de-acord
Că-s în pană, doar știi bine
Ea s-a transformat în... cord.

Creația și medicina

Pe medici abia de-i înțeleg
Deși au ranguri și gradații.
Tot mama face omu-ntreg
Iar ei, doar simple... reparații.

Soră ideală

Este soră ideală
Săritoare la durere,
Noaptea pe bolnavi îi scoală
Spre a le da somnifere.

TEODOR MARICARU

ŞOCUL PREZENTULUI

Mi se întîmplă, tovarăşe doctor, un fenomen ciudat, un fenomen care cred că interesează în mod special medicina, poate faceţi şi ceva studii în acest sens.

Iată despre ce este vorba. După cum ştiţi, în fiecare zi — cu mici excepţii — se transmite la televizor un film. Bun sau prost, n-are importanţă. La cîteva minute după vizionare întreaga familie începe să-l discute, secvenţă cu secvenţă, replică după replică pînă la miezul nopţii.

A doua zi, la birou, nu apuc să intru bine pe uşă, că mă şi iau în primire: „ai văzut filmul de-aseară?". Vă rog să reţineţi că lucrăm opt colegi în birou, toţi cu o memorie vizuală de elefant şi cu televizoare de cea mai bună calitate. Dacă le spun că n-am văzut filmul, mi-l povestesc. Dacă le spun că l-am văzut, nu se schimbă nimic deoarece se grăbesc să-mi povestească ceea ce au „văzut ei" şi cum optica diferă după gradul de fantezie al fiecărui individ în parte, vă daţi seama cîte variante stupide sînt obligat să ascult.

Şi asta încă nu-i nimic, dar în drum spre casă, în autobuz sau după cumpărături, aud cel puţin de patru-cinci ori aceeaşi poveste, cu alte semnificaţii, cu alte interpretări, ca să nu mai vorbesc de cunoscuţii pe care îi întîlnesc şi în loc de „bună ziua" îmi spun „bun filmul de-aseară?".

Credeţi, cumva, că ajuns acasă am scăpat? Da' de unde. La radio se transmite recenzia filmului, în ziar dau peste cronică, iar la masă între felul unu şi doi, soţia mă întreabă — ca să avem conversaţie — „Ce zici de filmul de-aseară?". Dacă nu zic nimic, zice ea, dacă zic ceva, indiferent ce, mă contrazice derulînd episod după episod, cu comentarii ca la „un film văzut de..."

O să spuneţi că între dejun şi somnul de după amiază am o clipă de linişte. Vă înşelaţi. Sună telefonul: prieteni, rude, simple cunoştinţe, vor neapărat să ştie dacă am văzut filmul. Mă culc, dar în somn apare — exact ca pe micul ecran — filmul, mă scol, dau drumul la televizor şi văd...

— Alt film! exclamă cu sufletul la gură medicul.

— Da, şi tocmai aici e partea îngrozitoare a fenomenului despre care vă vorbeam la început: nu-mi dau seama dacă este filmul vechi sau unul nou, toate se încurcă, variante peste variante, se amestecă, confund actorii, subiectele, replicile...

— Şi are vreo importanţă?

— Ţin foarte mult la reputaţia mea, tovarăşe doctor. Dacă, de exemplu, declar catastrofal un film premiat la Cannes? Ce impresie aş face, de pildă, dacă despre un film pe care I. D. Suchianu îl taxează drept prostior, aş spune că e o „temelie", „un deschizător de drumuri", „un punct de reper" sau altă tîmpenie? Vă rog să mă înţelegeţi, situaţia mea e îngrozitoare. Ce să fac?

— Nimic mai simplu: evitaţi orice discuţie despre cinematografie, desfiinţaţi televizorul...

— Imposibil. Sînt cronicar de film...

— Formidabil! Mă tot întrebam de unde vă cunosc numele. Bine, dar sînteţi o somitate în materie, un inegalabil îndrumător. Ce părere aveţi despre filmul de-aseară?

RODICA TOTT

DISCUȚII

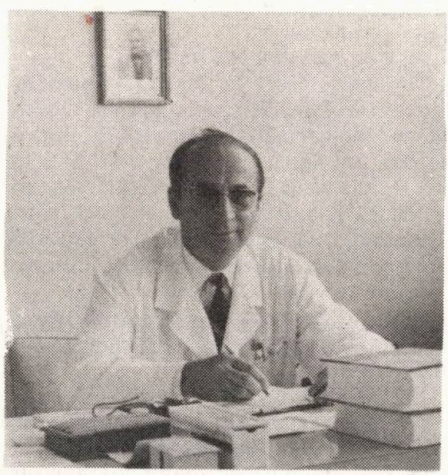
CU PROF. DR. DOCENT

ȘT. SUȚEANU

ȘEFUL CATEDREI DE POLICLINICĂ MEDICALĂ A I. M. F. BUCUREȘTI

DESPRE

BOLILE REUMATICE



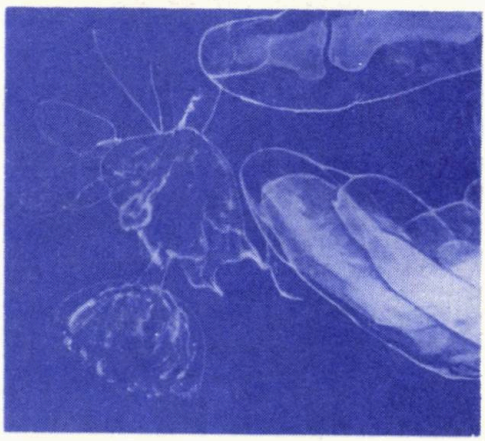
1. Din punctul de vedere al O.M.S., ce reprezintă aceste afecțiuni și cum sînt ele răspîndite pe glob?

Printre preocupările Organizației Mondiale a Sănătății se numără și bolile reumatismale, care datorită frecvenței și gravității lor reprezintă una dintre cauzele majore de morbiditate, cu importante implicații sociale și economice. Înainte de a răspunde la întrebarea dv., aș vrea să subliniez faptul că O.M.S. se bazează în abordarea și în încercările de rezolvare a acestei probleme, pe activitatea fructuoasă și perseverentă a Ligii Internaționale contra reumatismului, a ligilor regionale și naționale.

Termenul de „reumatism" provine de la grecescul „rheumatismos" = care curge; el a fost introdus de Galen, pentru a eticheta manifestările articulare cu caracter fluxionar. Bolile reumatice nu reprezintă un cadru unitar; cauzele lor sînt variate, cunoscute numai în parte; în general bolile reumatice pot fi considerate acele afecțiuni ale aparatului locomotor, cu caracter inflamator sau degenerativ, traduse prin suferințe ale articulațiilor și ale celorlalte țesuturi (oase, mușchi, tendoane, fascii) care participă la locomoție. Principalele suferințe determinate de aceste boli sînt durerile și impotența funcțională.

Bolile reumatice sînt variate; simplificînd mult lucrurile putem afirma că unele se caracterizează prin inflamații ale articulațiilor (artrite), altele, mai frecvente, prin leziuni degenerative, de uzură (artroze), iar altele prin suferințe ale părților moi (reumatism abarticular).

Bolile reumatice sînt răspîndite pe întregul glob, dar incidența lor cea mai mare se întîlnește în zonele temperate, scăzînd atît spre sud, cît și spre nord; sînt afectate toate continentele, cu o frecvență inegală, care ține în parte și de studiile epidemiologice, efectuate cu predominanță în anumite zone geografice; în Europa, frecvența maximă a bolilor reumatice se întîlnește între paralelele 50° și 60°, în țările scandinave, fiind mică atît în Italia și în țările Europei de sud, cît și la nord de cercul polar, în rîndul eschimoșilor.



Dacă vîrstele tinere sînt afectate de unele forme de reumatism inflamator și în special de reumatismul articular acut, cele mai mari prezintă o creștere progresivă a reumatismelor degenerative, întrucît procesele de uzură progresează paralel cu vîrsta.

2. Care sînt factorii care concură la apariția lor și cum este implicată în acest proces viața modernă, însuși gradul avansat de civilizație?

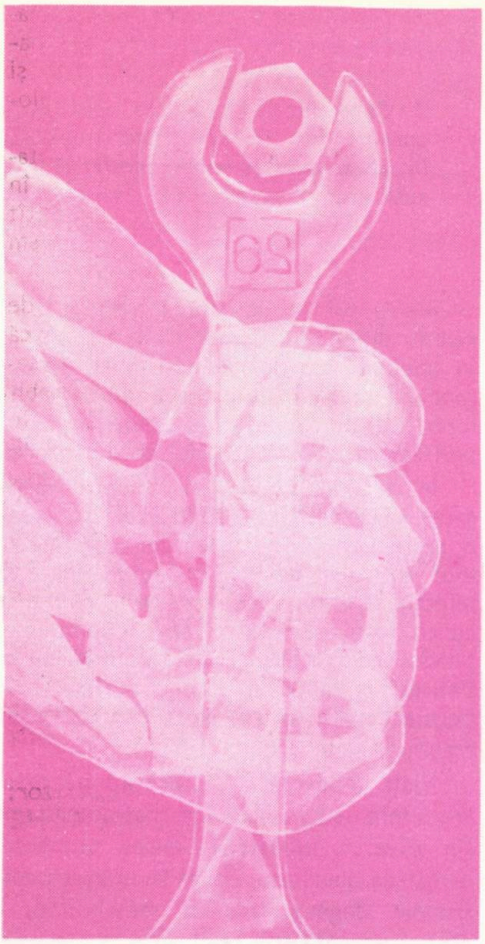
Răspunsul la această întrebare este relativ dificil. În primul rînd, pentru că în unele forme de reumatism inflamator (poliartrita reumatoidă, spondilita anchilopoetică) nu cunoaștem cauzele, ci numai unii factori favorizanți sau predispozanți.

În al doilea rînd, pentru că varietatea mare de boli reumatice cunoaște o multitudine de cauze. Dacă reumatismul articular acut este determinat de infecția streptococică, alte boli reumatice au cu totul alte cauze; spre exemplu în producerea gutei intervin tulburări metabolice, în apariția lombosciaticei prin hernie de disc au rol eforturile fizice sau traumatismele etc.

Viața modernă, care presupune printre altele sedentarism, microtraumatisme (în diverse industrii), exces alimentar urmat de obezitate, poate favoriza reumatismele degenerative și metabolice, a căror frecvență este realmente în creștere.

3. Ţinînd seamă de tehnica modernă, de gradul avansat al cercetării ştiinţifice medicale, de existenţa unui factor ereditar, se pot cunoaşte cu mult timp înainte cei predispuşi la îmbolnăvire şi, în acest fel, se pot face o serie de corecţii de ordin profilactic?

A preveni este mai uşor decît a trata; acest aforism este la fel de valabil în reumatologie, ca şi în celelalte specialităţi medicale. Cunoaşterea factorilor ce concură la producerea bolilor reumatice, printre care şi a factorului ereditar, permite adoptarea unor măsuri profilactice eficace. Natura acestor măsuri variază în funcţie de boala reumatică în cauză; spre exemplu, în ceea ce priveşte prevenirea reumatismului articular acut, ştim astăzi că tratarea corectă cu antibiotice (penicilină) a anginelor streptococice reduce cu 85% riscul îmbolnăvirii. Descendenţii din părinţi ce suferă de gută trebuie să respecte un regim igieno-dietetic care constă în primul rînd în evitarea sedentarismului şi a excesului de carne. Măsurile luate în industrie, în sensul ameliorării continue a condiţiilor de microclimat, cu evitarea poziţiilor vicioase şi a microtraumatismelor, duc la scăderea frecvenţei reumatismelor degenerative şi abarticulare.



Programul P.C.R. prevede în mod expres ca în cadrul măsurilor de îmbunătăţire a ocrotirii sănătăţii să se acorde o atenţie specială medicinii preventive. Aceste indicaţii preţioase ale partidului nostru au o valoare incontestabilă şi în privinţa profilaxiei bolilor reumatice.

4. Care este stadiul actual al problemei şi ce noutăţi ne oferă medicina terapeutică?

Dacă reumatismul a apărut odată cu omul (şi chiar înaintea lui, aşa cum o dovedesc leziunile constatate la scheletele unor fosile), reumatologia este în schimb o ramură relativ tînără a medicinii. Conturată abia în ultimile decenii, ea a realizat progrese însemnate, atît în ceea ce priveşte cunoaşterea mecanismului de producere a bolilor, cît şi în ceea ce priveşte tratamentul lor.

Astfel, astăzi cunoaştem foarte exact cauzele reumatismului poliarticular acut,

ceea ce ne permite să realizăm profilaxia și tratamentul precoce al acestei boli, împiedicînd evoluția către boli ale valvulelor inimii, atît de frecvente în trecut.

Cunoaștem de asemenea, în detaliu, mecanismele unor boli metabolice și degenerative. Știm, de asemenea, destul de multe despre reumatismele părților moi, atît de frecvente și atît de supărătoare.

În ceea ce privește terapia, progresele au fost la fel de mari; să nu uităm că tratamentul cortizonic a fost folosit pentru prima dată în tratamentul unui bolnav cu poliartrită reumatoidă (septembrie 1948) și că astăzi avem la îndemînă preparate cortizonice cu eficacitate superioară, utile în majoritatea cazurilor de reumatism inflamator sau de colagenoze (lupus eritematos diseminat, dermatomiozită etc.).

Tratamentul antiinflamator se îmbogățește încontinuu cu noi produse (spre exemplu: Indomethacin, Brufen etc.) care pot fi folosite în diversele boli reumatice cu bune rezultate, ușurînd suferința și grăbind ameliorarea sau chiar vindecarea. În tratamentul gutei avem la îndemînă preparate care împiedică formarea acidului uric, interferînd astfel mecanismele de producere ale bolii. Ar mai putea fi date numeroase exemple.

5. Ce ne puteți spune despre contribuția școlii românești în această problemă și ce se prevede pe plan mondial — în viitorul apropiat?

Școala medicală românească a avut și are o contribuție importantă la progresele realizate în domeniul reumatologiei. Aș vrea să amintesc mai întîi studiile lui Gh. Marinescu asupra rolului leziunilor sistemului nervos în producerea tulburărilor trofice la bolnavii cu poliartrită reumatoidă.

Danielopolu a aprofundat reumatismul articular acut, atît din punct de vedere al cauzelor cît și al tratamentului, avînd o serie de contribuții originale, recunoscute pe plan mondial. În cunoașterea bolilor reumatice un merit remarcabil l-a avut și N. Gh. Lupu, care a întrevăzut interrelațiile dintre boli reumatice aparent îndepărtate. I. Nicolau a studiat particularitățile reumatismului artiçular acut al copilului, iar I. Goia a demonstrat rolul infecțiilor de focar în producerea bolilor reumatice.

Astăzi, școala românească de reumatologie este reprezentată prin personalități prestigioase, cunoscute în țară și peste hotare pentru lucrările lor valoroase.

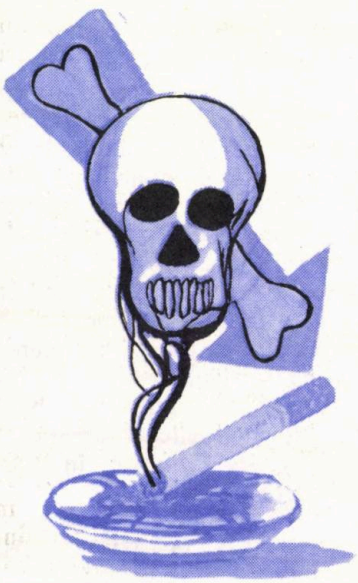
Atît în țara noastră, cît și peste hotare, ritmul de obținere a noi achiziții în cunoașterea bolilor reumatice este atît de rapid, încît putem privi cu optimism viitorul.

În încheiere, poate mai puțin legat de această întrebare, aș vrea să subliniez că în ameliorarea diagnosticului și tratamentului bolilor reumatice un rol deosebit îl are pregătirea cadrelor medicale. În acest sens, la catedra de policlinică medicală a I.M.F. București, în care își desăvîrșesc pregătirea studenții anului VI, o atenție specială este acordată studiului bolilor reumatice, care ocupă un loc important printre cauzele de morbiditate și de incapacitate temporară de muncă. Prin eforturile colectivului nostru, sperăm că aducem o mică contribuție la îmbunătățirea asistenței bolnavilor reumatici, la pregătirea de cadre calificate în toate domeniile ocrotirii sănătății.

Realizator:
dr. GH. M. GHEORGHE

UMOR...

atrași în ...cursă !



e mort...după ea

șarpele de la sîn

Dr. N. ANDREI GH. CĂLĂRAȘU

POLUAREA MEDIULUI ŞI SĂNĂTATEA

În cadrul influenţelor pe care mediul le exercită asupra omului, una din cele mai importante este acţiunea asupra sănătăţii acestuia. Se ştie astfel că mediul înconjurător poate conţine factori sau elemente favorabile sănătăţii omului sau dimpotrivă factori defavorabili sănătăţii, elemente producătoare de boli. Factorii favorabili sînt denumiţi **sanogeni,** pe cîtă vreme cei producători de boli sînt cunoscuţi sub denumirea de factori **patogeni.** Putem afirma că mediul înconjurător a cuprins de la început atît factorii sanogeni cît şi pe cei patogeni, chiar dacă ei nu au fost cunoscuţi din totdeauna, iar alţii nu sînt bine cunoscuţi nici astăzi. În decursul timpului omul a căutat să dezvolte cu precădere factorii sanogeni şi să limiteze sau să înlăture factorii patogeni. Un exemplu în acest sens îl reprezintă utilizarea îmbrăcămintei, construcţia de locuinţe, prelucrarea alimentelor etc. Totuşi, în paralel şi împotriva voinţei sale, omul a creat şi extins factorii patogeni şi cel mai bun exemplu îl constituie poluarea mediului înconjurător.

Dacă poluarea este produsă de om, putem afirma că a existat din totdeauna: ea a apărut odată cu omul, dar s-a amplificat pe măsură ce s-a dezvoltat societatea umană, ajungînd să constituie o preocupare evidentă în secolul nostru.

Dar ce este în definitiv **poluarea mediului?** O definiţie atotcuprinzătoare putem afirma că nu avem încă. Totuşi O.N.U. a definit poluarea mediului ca „modificarea componentelor naturale ale mediului sau prezenţa unor componente străine, ca urmare a activităţii omului şi care, în lumina cunoştinţelor noastre actuale, provoacă prin concentraţia lor sau timpul de acţiune, efecte nocive, creează disconfort sau impietează asupra diferitelor utilizări ale mediului".

Privită istoric, poluarea mediului îmbracă mai multe forme sau tipuri de poluare. Cea mai veche poluare cunoscută este **poluarea bacteriană,** datorată eliminării şi diseminării în mediul înconjurător a germenilor microbieni producători de boli. Poluarea bacteriană întovărăşeşte omul oriunde s-ar afla el şi indiferent pe ce treaptă de civilizaţie s-ar găsi. Ea se întîlneşte şi la triburile nomade şi este în general caracteristică zonelor rămase în urmă, celor subdezvoltate sau în curs de dezvoltare.

Cea de a doua formă de poluare este **poluarea chimică** şi constă din eliminarea în mediul înconjurător a diverselor substanţe chimice utilizate în diferite scopuri, de la cercetarea ştiinţifică pînă la activitatea gospodărească. Cel mai frecvent însă poluarea chimică este datorită activităţii industriale şi de producţie, inclusiv diferitelor

substanţe utilizate în agricultură ca îngrăşăminte sau împotriva dăunătorilor. Poluarea chimică devine din ce în ce mai puternică şi se dezvoltă din ce în ce mai mult, cuprinzînd în ultimul timp substanţe cu totul noi, substanţe de sinteză, inexistente în natură. Pericolul principal al poluării chimice îl reprezintă potenţialul toxic ridicat al acestor substanţe. Ea este apanajul zonelor dezvoltate, dar poate fi prezentă în acelaşi timp şi în zonele în curs de dezvoltare, de cele mai multe ori concomitent cu cea bacteriană.

În fine, ultimul tip de poluare este reprezentat de **poluarea fizică,** care cuprinde în primul rînd poluarea radioactivă, ca urmare a extinderii folosirii izotopilor radioactivi în diferite activităţi, cît şi unele forme particulare de poluare termică, poluare sonoră şi altele.

Principalele **surse de poluare** sînt reprezentate de diferitele unităţi industriale, care prin procesele de combustie ca şi prin tehnologiile utilizate determină o serie de produşi care se elimină sub formă solidă, lichidă sau gazoasă în natură, producînd poluarea mediului. Zootehnia constituie o altă sursă de poluare, îndeosebi prin reziduurile solide şi lichide în cantitate mare care ajung în mediul ambiant. În acelaşi timp agricultura a devenit astăzi o sursă de poluare a mediului, ca urmare a utilizării în condiţii necorespunzătoare a unor produse chimice ca fertilizanţi, biostimulatori, antidăunători etc. Transporturile pot constitui de asemenea o sursă de poluare a mediului şi în mod deosebit autovehiculele, prin gazele de eşapament şi zgomotul produs, dar şi transporturile maritime şi fluviale, transporturile feroviare şi chiar cele aeriene. La aceste surse recunoscute ca atare se adaugă, în mod cu totul paradoxal la prima vedere, procesul de urbanizare a localităţilor. Deşi urbanizarea este un factor pozitiv, un factor de progres, totuşi poate genera uneori efecte negative prin cantitatea mare de deşeuri rezultate din activitatea omului, prin densitatea mare a populaţiei care favorizează contactul mai strîns între oameni şi prin diferiţii factori stressanţi reprezentaţi de modul de viaţă urban, care fac să scadă rezistenţa organismului uman, mărindu-i receptivitatea faţă de factorii poluanţi cunoscuţi.

Desigur că fiecare din aceste surse principale de poluare nu constituie un factor intrinsec, cu valoare în sine, ci prin lipsa de prevedere sau de pricepere şi prin neglijarea luării tuturor măsurilor de înlăturare a poluării sau de neutralizare a produşilor poluanţi rezultaţi din aceste activităţi.

Acțiunea mediului poluat asupra organismului este foarte variată și complexă. Ea poate merge de la simple dezagremente ale activității sau vieții cotidiene, de la așa-zisul disconfort și pînă la perturbări puternice ale stării de sănătate și chiar pierderea vieții omenești. Sesizarea acestor efecte a fost făcută de multă vreme și este un merit recunoscut al medicilor și biologilor în general de a fi primii care au căutat să combată poluarea mediului înconjurător.

Primele efecte descrise în literatura de specialitate au fost desigur cele deosebit de brutale, denumite și **efecte acute** sau accidentale. Ele sînt reprezentate de marile epidemii, în special de holeră, produse prin apă, de la sfîrșitul secolului trecut, ca cele de la Hamburg și Petersburg, soldate cu zeci de mii de cazuri mortale. Mai recent o serie de episoade de poluare chimică a aerului au produs efecte asemănătoare, cel mai bine cunoscut fiind cel de la Londra (1950) care a avut drept urmare producerea a 4 000 de decese, mai ales în populația vîrstnică și infantilă. Asemenea episoade acute au atras atenția în mod deosebit asupra consecințelor grave ale poluării mediului înconjurător asupra sănătății populației expuse. Dar, așa cum am arătat, ele nu constituie decît cazuri excepționale, relativ rar întîlnite și numai la concentrații de poluanți foarte ridicate. Ele au avut totuși rolul de a duce la instituirea unor prime măsuri de combatere a poluării mediului.

Cel mai adesea însă poluarea mediului înconjurător se produce la nivele ale poluanților mult mai scăzute decît cele necesare pentru producerea unor efecte imediate. În asemenea cazuri avem de-a face cu acțiuni de lungă durată, mai greu sesizabile și care conduc către așa-numitele **efecte cronice.** În acest sens sînt cunoscute o serie de consecințe ale **poluării aerului** atmosferic, care produce la populația expusă apariția unor afecțiuni ca: bronșita cronică, scleroze pulmonare, emfizem pulmonar, astm bronșic și chiar, după unii autori, cancer bronhopulmonar. Toate aceste afecțiuni cunosc în etiologia lor existența unor factori poluanți ai aerului, cunoscuți astăzi sub denumirea generală de factori urbani.

Același lucru se constată și în ceea ce privește **poluarea apei,** mai ales cu substanțe chimice, ca nitrați, fluor, plumb, cadmiu, zinc, arsen, mercur și altele care sînt incriminate în diverse afecțiuni sau tulburări ale unor organe și sisteme. Astfel, methemoglobinemia infantilă, osteofluoroza, hipertensiunea arterială, ateroscleroza,

saturnismul hidric etc. pot fi generate de prezența în apă a substanțelor arătate mai sus. În același sens dizenteria, hepatita epidemică, holera, febra tifoidă, poliomielita și altele se transmit prin apa poluată.

În fine, o serie de afecțiuni microbiene ca: antraxul, tetanosul, gangrena gazoasă; afecțiuni parazitare ca ascaridioza, tricocefaloza, ankilostomiaza și chiar unele intoxicații, mai ales cu pesticide, pot fi produse de **solul poluat.**

Toate cele arătate mai sus sînt considerate ca efecte directe ale poluării mediului asupra sănătății populației. Dar în afara acestor efecte directe, poluarea unui factor de mediu poate produce transferul de elemente poluante către alți factori de mediu prin intermediul cărora poate afecta sănătatea populației. Este ceea ce denumim **poluarea secundară.** Cel mai frecvent este cazul poluării alimentelor, mai ales a celor vegetale ca urmare a poluării solului în care se dezvoltă, dar și a celor animale, mai ales a celor acvatice, datorită poluării apei. Este bine cunoscută astfel situația produsă în Japonia, în golful Minamata, unde pescarii care se hrăneau mai ales cu peștele prins în acest golf au prezentat o intoxicație cronică cu mercur, ca urmare a deversării în apa oceanului a unor mari cantități din acest metal. În același sens, s-au pus în evidență cantități crescute de nitrați ca urmare a utilizării îngrășămintelor sintetice pe bază de azot în diferite produse vegetale ca: morcovi, ceapă, ridichi, salată, dezvoltate în solurile tratate sau a unor cantități de pesticide organoclorurate (DDT, HCH) în diferitele produse vegetale și chiar animale (lapte, ouă, carne) provenite de la animale hrănite cu furaje crescute pe soluri tratate cu aceste substanțe.

Poluarea mediului poate produce însă și unele efecte asupra organismului mai puțin evidente decît apariția diferitelor afecțiuni sau tulburări caracteristice. În anumite condiții, mai ales în cazul acelor poluanți ai mediului care au capacitatea de a se cumula, a se depozita în organism, poate să apară **încărcarea organismului** cu acești poluanți fără manifestări, dar care nu rămîn fără influențe asupra sănătății. În condițiile încărcării organismului cu plumb, mercur, fluor, nitrați, pesticide etc. pot apărea modificări ale stării generale a organismului, manifestate prin întîrzieri de creștere și de dezvoltare psihosomatică la copii, creșterea sensibilității persoanelor expuse la diverse agresiuni, mai ales biologice, ca afecțiuni banale microbiene și virotice, sau chiar numai unele simptome aparent fără vreo relație cu prezența poluanților ca as-

tenia, anemia, lipsa de poftă de mîncare, slăbirea în greutate etc. În toate aceste cazuri determinarea prezenței poluanților în organism poate duce la elucidarea acestor fenomene și la stabilirea de concentrații maxime admise de poluanți în mediul înconjurător.

De altfel, de la măsurile de combatere caracteristice poluării acute, accidentale, s-a trecut la măsuri de prevenire a poluării, între care stabilirea de **concentrații maxime admise** (C.M.A.) ale poluanților în diferiții factori de mediu (aer, apă, sol, alimente) constituie mijlocul principal.

Cu toate acestea, în ultimul timp au apărut unele situații noi determinate îndeosebi de creșterea nivelelor de poluare și de diversificarea acesteia. Dacă, așa cum s-a arătat mai sus, se cunosc C.M.A. pentru majoritatea poluanților mediului înconjurător, au rămas deschise două probleme care necesită eforturi de cercetare pentru elucidarea lor.

În primul rînd este vorba de **prezența concomitentă în același factor de mediu a mai multor poluanți** (ex. pulberi, oxid de carbon, bioxid de sulf în aer). Într-un asemenea caz prezența mai multor poluanți duce, de cele mai multe ori, la creșterea acțiunii nocive asupra organismului a fiecăruia din ei în parte, iar efectele asupra sănătății pot apare la valori (concentrații) mai mici decît C.M.A. stabilite pe baza acțiunii singulare individuale a fiecărui poluant în parte.

În al doilea rînd există posibilitatea **prezenței aceluiași poluant în mai mulți factori de mediu** (ex. plumb în aer, în apă, în alimente și chiar la unele locuri de muncă în fabrici și uzine). În asemenea cazuri, mai ales pentru poluanții care se cumulează în organism, C.M.A. stabilită pentru fiecare factor de mediu în parte poate fi respectată și totuși concentrația pătrunsă în organismul uman să depășească cu mult toleranța organismului, producînd îmbolnăviri.

La aceste două situații se adaugă și o a treia, reprezentată prin acțiunea unor poluanți, mai ales chimici și radionuclizi care pot avea efecte nu asupra indivizilor supuși expunerii, ci asupra descendenților acestora. Este vorba de data aceasta de așa-numita **acțiune genetică** a diferitelor substanțe poluante. Această acțiune se poate manifesta asupra fătului (acțiune teratogenă) sau asupra informației genetice a organismului (acțiune mutagenă).

Elucidarea acestor acțiuni va duce desigur la posibilitatea stabilirii unor concentrații maxime admise care să fie total inofensive organismului uman.

Această sarcină revine în primul rînd medicilor și biologilor care cunosc și stăpînesc aceste fenomene. Dar cu aceasta nu se poate afirma că s-au înlăturat efectele nocive ale poluării. Aceasta, deoarece adevăratele măsuri de combatere și de prevenire a poluării nu cad în sarcina directă a organelor medicale. Reducerea poluării la nivelul normelor sanitare este sarcina organelor tehnice de specialitate. Acestea sînt datoare să elaboreze tehnologii cît mai puțin poluante sau să introducă diferite dispozitive de reținere a poluanților, de reducere a concentrației lor, de neutralizare a acestora. În această privință, dacă tehnica în general a fost cea care a produs poluarea, tot tehnica este datoare să contribuie la reducerea poluării. Or, progresele tehnice sînt evidente și din ce în ce mai avansate. În aceste condiții omenirea nu trebuie să fie sceptică, chiar dacă astăzi poluarea apare ca amenințătoare, căci ea va fi redusă pînă la limita de adaptabilitate a organismului uman.

În această privință în țara noastră, prin grija partidului și statului, a luat ființă Consiliul Național pentru protecția mediului înconjurător, a apărut legea nr. 9/1973 care trasează sarcini concrete tuturor ministerelor și departamentelor economice pentru evitarea poluării mediului, salvgardarea naturii și păstrarea sănătății populației. Însuși Programul Partidului Comunist Român, adoptat de Congresul al XI-lea, cuprinde un capitol dedicat special protecției mediului, asigurînd și în această privință un viitor luminos poporului nostru.

Conferențiar dr. SERGIU MĂNESCU

VĂ PROPUNEM UN TEST REFERITOR LA IGIENA ALIMENTAȚIEI

În acest scop vă prezentăm o serie de probleme cu caracter profilactic. Comparați răspunsurile dv. cu cele inserate la paginile 115-117. Veți avea astfel prilejul să vă reînnoiți unele cunoștințe practice menite să contribuie la menținerea sănătății.

1. Poate fi utilizată la prăjeli grăsimea (ulei, untură, unt) restantă în care s-au mai prăjit anterior alimente?

2. Ce se înțelege prin condimente iritante și de ce e bine să nu se abuzeze de acestea? Cînd trebuie să fie total excluse din alimentație?

3. Ce știți despre folosirea sării în alimentație?

4. De ce nu e bine să fie prea mult fierte legumele, zarzavaturile și fructele?

5. De ce unele alimente (felie de pîine unsă, prăjitură, bomboană etc.) care au scăpat pe jos — indiferent în ce loc, chiar și în casă — nu mai pot fi consumate? Cum procedăm din punct de vedere igienic cu cornurile, covrigii, pîinea, fructele sau alte alimente cînd scapă pe jos?

6. Care e motivul pentru care în sacoșa cu legume, zarzavaturi sau fructe nu poate fi pusă pîinea fără a fi învelită?

7. Pentru ce în frapiere (găleți) care conțin gheață și apă, nu pot fi cufundate complet sticlele cu băuturi?

8. De ce cînd se pun în frigider sau răcitor legume, zarzavaturi sau fructe, acestea trebuie în prealabil să fie foarte bine spălate?

9. De ce cînd frigem carnea e mai bine să folosim grătare prin care se poate scurge grăsimea într-o tăviță sau direct pe jăratic?

10. Care sînt considerentele pentru care se recomandă ca masa de seară să nu fie prea încărcată, mai ales pentru vîrstnici și suferinzii de boli cardiovasculare sau de boli ale aparatului digestiv?

11. Cînd unele mîncăruri denumite „ușoare" pot deveni „grele"?

12. Ce părere aveți în legătură cu stimularea poftei de mîncare prin unele băuturi aperitive cu concentrație mare de alcool, ca țuica, mastica, coniacul etc.?

13. De ce e preferabil să nu se bea înainte și în timpul mesei, ci la sfîrșitul ei?

14. Pentru ce se recomandă clătirea gurii și a dinților după consumul de dulciuri lipicioase (caramele, nuga, halva, ciocolată, alviță etc.)?

15. Cunoașteți motivele pentru care se impun unele restricții — și care anume — la consumarea ouălor de rață?

(Răspunsurile la pag. 115-117)

DESPRE ALERGIE ȘI BOLILE ALERGICE

DE LA CÎINELE NEPTUN LA ANAFILAXIE

Antichitatea a cunoscut unele boli alergice, iar unele documente ne demonstrează chiar descrierea manifestărilor lor clinice. Alergologia sau studiul bolilor alergice se conturează însă abia la începutul secolului XX, după ce se realizează unele progrese în studiul premergător al alergiei experimentale. Un eveniment crucial l-au realizat în 1902 Richet și Portier care, reluînd unele experiențe anterioare (din a doua jumătate a secolului XIX), demonstrează și interpretează *starea de șoc anafilactic* sau *anafilaxia* (contrar protecției). Să amintim însă experiența lor celebră, începută pe iahtul pus la dispoziție de prințul de Monaco, în drum spre insulele Canare și ale Capului Verde. Un cîine foarte viguros cu numele Neptun primește o primă injecție de 0,1 cc extract din tentacule de *actinii* (anemone de mare, care trăiesc fixate de stînci cu ajutorul unor ventuze și ale căror tentacule provoacă la atingere urticarie pe piele). După această primă injecție cîinele își păstrează starea excelentă de sănătate timp de 22 zile, cînd experimentatorii îi aplică o a doua injecție cu același extract și în aceeași cantitate mică. De data aceasta însă cîinele se îmbolnăvește brusc, la interval de cîteva secunde, prezintă o respirație grea, diaree și vărsături cu sînge, devine incapabil să se mai miște și moare după 25 de minute. Recapitulînd și interpretînd această dramă experimentală, autorii care au provocat-o au remarcat că prima injecție, denumită preparantă sau *sensibilizantă*, a avut rolul să determine în sîngele cîinelui Neptun apariția unor substanțe potrivnice extractului de actinii, adică a unor *anticorpi specifici*. În exemplul nostru extractul de actinii a îndeplinit funcția de *antigen (alergen)* deoarece a avut capacitatea să inițieze o anticorpogeneză specifică. În perioada celor 22 de zile fabricarea anticorpilor specifici a atins un nivel suficient de acumulare, deoarece intervenția într-un astfel de moment cu cea de a doua injecție (similară în conținut și doză), denumită *declanșantă*, a provocat deznodămîntul fatal într-un interval de mai puțin de o jumătate de oră, după ce animalul a intrat brusc într-o stare de șoc. Reproductibilitatea acestui experiment ne învață că șocul declanșat este consecința conflictului dintre un nou contact al aceluiași antigen (în exemplul de față extractul de actinii) cu anticorpii specifici, fabricați în intervalul dintre cele două injecții, interval care poate fi desemnat cu termenul de perioadă de sen-

sibilizare sau alergizare (adică de producție a anticorpilor specifici). Acest conflict sau reacția dintre antigen și anticorpii specifici a fost incriminată drept cauză a acestui tip de șoc, zis anafilactic, adică potrivnic protecției. Ulterior au fost necesari încă mulți ani de trudă în domeniul medicinei experimentale, pînă ce s-a clarificat că reacția antigen-anticorp duce la eliberarea de histamină, mediator chimic responsabil de provocarea tabloului simptomatologic descris mai sus. Cu alte cuvinte șocul anafilactic acționează în ultimă instanță ca un *șoc histaminic*.

CE SÎNT BOLILE ALERGICE

Dar realizările din domeniul hipersensibilizărilor experimentale sînt mult mai numeroase decît cele schițate.

Ceea ce este însă important pentru practica medicală este faptul că iluștrii predecesori (începînd cu autorii nord-americani din 1911) au întrevăzut că unele boli umane se produc tocmai prin mecanismul de sensibilizare declanșat de anafilaxie. Pentru această categorie ei propun termenul de boli alergice. Menționez că nu este vorba de boli noi, deoarece cel puțin unele dintre ele erau cunoscute din timpuri îndepărtate; este însă vorba de elucidarea și gruparea laolaltă a unor boli despre care dețineam anterior cunoștințe cu totul insuficiente.

Dar de unde denumirea de alergie? În 1906 von Pirquet ajunge la concluzia că un organism, care a avut sau are tuberculoză, reacționează la testul cutanat cu tuberculină printr-o reacție locală, situație care nu se petrece la un martor indemn. El deduce că un organism sensibilizat la o substanță reacționează ulterior la aceasta într-un mod exagerat. Pentru denumirea acestei stări cercetătorul amintit introduce termenul de *alergie*.

În paralel cu studiile experimentale se remarcă în practica medicală umană asemănarea dintre șocul anafilactic la animal și accidentele grave apărute la om după reinjectarea de seruri terapeutice, iar ulterior de medicamente (penicilină, substanțe iodate, novocaină etc.). Un exemplu sugestiv al acestei asemănări îl reprezintă șocul anafilactic declanșat de reînțeparea cu venin de albine. Există anumite persoane care în cursul vieții au primit întîmplător înțepături de albine fără altă neplăcere decît cel mult o reacție locală minoră și trecătoare. Dar la o nouă reînțepare unele din aceste persoane prezintă brusc în interval de cîteva minute o stare de șoc (prurit, urticarie, edeme, sufocare, crampe, scaun diareic, tahicardie, prăbușirea tensiunii arteriale, adesea cu pierderea cunoștinței), similară cu șocul anafilactic descris la animal. Înțepăturile anterioare de albine au avut rolul de injecții preparante sau sensibilizante și au declanșat în cursul anilor producerea unor anticorpi contra veninului de albine (anticorpi specifici). În schimb, reînțeparea care a provocat șocul a fost tocmai injecția declanșantă, adică recontactul cu antigenul (alergenul), care aici este veninul de albine. Șocul produs este consecința reacției dintre veninul de albine (alergen) și anticor-

pii față de acesta. De reținut însă că acest accident dramatic a fost urmarea reintroducerii în organismul prealabil sensibilizat a unei cantități mici de venin, eliberată printr-o înțepătură. Tocmai în aceasta constă semnificația alergiei, care este o reacție exagerată față de o substanță care în cantități similare nu este nocivă omului normal. În eventualitatea că o persoană este înțepată pentru prima oară de un roi de albine (deci cu o cantitate mare de venin) este posibil să prezinte o stare severă similară, dar în care spre deosebire de șocul anafilactic (la om preferăm denumirea de șoc alergic), este vorba de un șoc toxic (prin doză toxică de venin).

Tot predecesorii noștri apropiați au observat în practica lor medicală că anumite manifestări clinice care apar brusc în plină sănătate (criza de astm, de urticarie, de rinită etc.) se explică prin ipoteza anafilactică, adică a unei sensibilizări anterioare. Trebuia să se treacă însă de la ipoteză la confirmare. În acest sens s-a început folosirea testelor cutanate la alergeni.

TESTELE BOLILOR ALERGICE

Dacă unei persoane cu febra fînului sau rinită sezonieră polenică (cu accese de strănut, hidroree nazală abundentă, blocaj nazal intermitent, lăcrimare, numai în sezonul cald și cu acalmie în restul anului) i se practică un test cutanat la polenuri (alergenul responsabil) se va obține o reacție pozitivă. Aceasta înseamnă că alergenul depus pe piele (prin scarificație sau intradermic) a întîlnit aici anticorpi antipolen cu care a declanșat reacția locală (papulă cu eritem). Se reproduce astfel pe piele și de regulă sub o formă lipsită de nocivitate, ceea ce în mod natural polenul inhalat din atmosferă declanșează la nivelul mucoasei nazale sub o formă zgomotoasă, adică prin simptome de boală (întîlnirea cantitativ mult mai amplă a polenului cu anticorpi antipolen de la nivelul mucoasei respiratorii superioare sau inferioare).

În stadiul actual dispunem de numeroase alte tehnici de laborator care pot ajuta la dovedirea directă sau indirectă a originii alergice a unei boli prin cercetări întreprinse asupra unui eșantion de sînge prelevat de la bolnavul presupus alergic. Aceste teste nu prejudiciază cu nimic bolnavului.

Spre deosebire de reacțiile anafilactice experimentale, la om manifestările alergice apar după o sensibilizare spontană cu anumite substanțe (alergeni), cu care vine în contact frecvent și îndelungat (pe cale inhalatorie, prin ingestie, prin contact cutanat, prin inoculare) în cursul anilor. Nu trebuie omis faptul că alergia la om se instalează cu precădere la persoanele predispuse.

ATENȚIE LA DIAGNOSTICUL UNEI BOLI ALERGICE

Din exemplificarea mai frecventă a unor boli la care s-a descoperit originea

alergică, s-a ajuns eronat la părerea exagerată a unora care consideră că anumite boli sînt totdeauna alergice (urticaria, rinita, astmul, reacțiile la medicamente etc.).

Această concepție este greșită. Această discriminare este uneori dificilă, dar totuși posibilă, mai ales în climatul actual al progresului tehnicii de laborator care dublează competența clinică.

O exemplificare convingătoare găsim printre altele în domeniul astmului bronșic, boală care prin frecvența sa mare a căpătat o importanță medicosocială. Am dovedit pe cazuistica astmaticilor din țara noastră că numai la 50—60% dintre aceștia se poate demonstra existența unei sensibilizări la diverși alergeni (praf de cameră, fulgi, polen, mucegaiuri, peri animali, medicamente, alimente, bineînțeles substanțe din mediul profesional etc.). In rest etiologia poate fi atribuită mai ales infecției microbiene sau virotice a aparatului respirator sau unor alți factori (psihici, meteorologici, endocrini etc.). Ca să acceptăm determinismul alergenic în declanșarea crizei de astm trebuie să rezulte evident că apariția tulburărilor are loc totdeauna cînd persoana sensibilizată (cu anticorpi specifici) la o anumită substanță revine în contact cu aceasta. Dintre numeroasele situații similare relatez cazul unui adult care de 4 ani își făcuse o plăcere din îngrijirea unor peștișori în două acvarii plasate în apartament (unul în sufragerie și celălalt în dormitor). Cu aproximativ 3 luni înainte de prezentarea lui la consult, acuza crize severe și frecvente de astm, totdeauna numai la domiciliul său. În restul zilei, la locul de muncă, cînd era în vizită la rude sau prieteni sau cînd pleca din oraș, devenea asimptomatic. Legătura crizelor de astm cu propriul domiciliu ne-a obligat să ne interesăm în detaliu de alergenii existenți în apartamentul său. Particularitățile amintite mai sus ne-au sugerat în primul rînd rolul dafniilor (purici cu care se hrănesc peștișorii, în realitate mici crustacei) care se găseau într-o pungă lîngă unul din acvarii. La interogatoriul nostru, pacientul și-a amintit că în momentul cînd își hrănea peștișorii cu dafnii începea să strănute intens și să resimtă îngreuierea respirației, care ulterior ajungea la accesul astmatic.

Multiplele crize apărute totdeauna în împrejurarea contactului cu dafniile reprezintă nu o ipoteză ci o confirmare.

Testul cutanat la dafnii a fost intens pozitiv, deci încă o dovadă că pacientul era sensibilizat la acest alergen. Perioada de sensibilizare a durat în acest caz 3 ani și 9 luni, după care recontactul cu alergenul dafnia a început să-i declanșeze crizele. Îndepărtarea acvariului și a dafniilor a adus dispariția astmului. Dar la orice recontact (pe cale inhalatorie) cu dafniile pacientul nostru va prezenta crize astmatice.

Conf. dr. doc. E. SEROPIAN

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ

„Dacă m-ar vedea acum doctorul, ce s-ar mai mira! Zece ani la rînd s-a ținut scai de mine cu sfaturile lui medicale, pe care nu le-am urmat niciodată. Zece ani la rînd m-a amenințat cu tot felul de boli, fără să izbutească să mă impresioneze. Zece ani la rînd mi-a repetat că o să-mi distrug sănătatea cu viața pe care o duc, dar tot nu a reușit să mă schimbe. Ei bine, dacă ar ști el cît de sănătoasă și cumpătată e viața mea acum, precis că ar rămîne uluit.

Unde sînt nopțile mele pierdute? Parcă nici n-au existat. Mă culc de cum apar stelele pe cer și mă trezesc odată cu răsăritul soarelui. Tot timpul mi-l petrec sub cerul liber, în aer curat. Îmi oxigenez creierul și îmi călesc organismul. Am terminat cu hălcile de carne prăjită, cu mîncărurile grase și cu sosurile condimentate care îmi subminau stomacul. Acum mesele mele sînt bogate în vitamine, fiind compuse exclusiv din verdețuri și fructe crude. Și, din cînd în cînd, cîte un pește fript. Atît. De alcool nici pomeneală. Nu mai vorbesc de vodcă sau coniac, cărora le-am uitat gustul, dar nici măcar vin sau bere nu mai beau. Nici un strop de alcool. Singura mea băutură este apa limpede de izvor. Cît despre țigări, au devenit o amintire. Eu care fumam două pachete pe zi, nu mai pun gura pe țigară. În loc de fum otrăvitor, plămînii mei inhalează acum aerul proaspăt și răcoritor al vîntului. Am terminat și cu viața sedentară, anchilozantă, pe care o duceam înainte. În fiecare zi fac plimbări lungi pe jos, înot... Ce înseamnă viața în mijlocul naturii! Acum mă urc într-un pom doar din trei mișcări, eu care nu știu nici cum arată un aparat de gimnastică. Ajung chiar la crengile cele mai înalte.

Să mai zică doctorul că nu fac mișcare! Mă tot pisa la cap că trebuie să mai slăbesc. Dacă ar vedea el cîte kilograme am dat jos, nici nu m-ar mai recunoaște. Zău, aș da orice să-i văd mutra cînd ar afla cu cîtă ușurință îi urmez acum prescripțiile, după ce zece ani mi-am bătut joc de ele.

Numai să vină odată un elicopter, sau un vapor, sau o barcă, ceva care să mă salveze din blestemata asta de insulă pustie!"

VERONICA BERTOLI

NU ȘTIȚI CE A SPUS HIPOCRAT?

Personajul pe care-l descriem nu e numai un individ răzleț, ci și un adevărat simbol. Nu e necesar să-l prezentăm biografic și biologic, căci la fel ca el sînt sute și mii de alți inși cu aceleași înclinări și aceleași metehne. Și fiecare tip, în numele și prenumele lui deosebite.

Să luăm de exemplu pe planturosul, să-i zicem, Tănase, șef de birou, cu fața rasă lună plină, azi cu un pîntece sporit, discipol al datinilor pantagruelice. Ori de cîte ori pică cîte o sărbătorire națională și are 2—3 zile libere, după cum o potrivește calendarul, le consacră, invariabil, unor ospețe monstre, cu mese îmbelșugate.

Zilele trecute, a pregătit o masă la care a invitat rudele, prietenii și colegii lui de birou, toți mari petrecăreți, mari mîncăcioși și mari amatori de băuturi alese.

Două zile de-a rîndul nu i-au obosit maxilarele pentru că (să-i acordăm și soției un nume) Sofica a pregătit tot felul de antreuri și bunătăți din cele mai rafinate. Nu mai vorbesc că toate acestea au fost suplimentate și cu alte preparate culinare aduse de nevestele invitaților. Pe masa întinsă tronau cele mai apetisante mezeluri și cele mai untoase brînzeturi, de la țuica cea mai bătrînă pînă la vinurile cele mai premiate.

Nevastă-sa, grijulie, mereu îi făcea semne s-o lase mai domol.

— Tănase, o să ți se facă rău. Nu uita ficatu'. Știi ce ți-a spus doctoru', să mai slăbești nițel. Nu te mai îndopa atîta, că ai destulă osînză pe tine.

— Fii serioasă nevastă, tu ai uitat ce-a spus Hipocrat, tatăl doctorilor, încă de acum două mii de ani și ceva: omul ca să fie sănătos și să trăiască mai mult, trebuie să se hrănească, îi răspunde soțul ei cu un aer grav, ridicînd arătătorul drept.

Era a doua zi de petrecere. Invitații începuseră să se rărească. Spre seară, Tănase a început să nu se simtă prea bine.

— Sofico, să isprăvim cu zaiafetul ăsta, spuse Tănase cu un ton iritat.

— Nu ți-am spus, Tănase? Te cunosc după față. Ți-e rău. Vezi ce-ai făcut că nu m-ai ascultat?

— Nu mă judeca nevastă, că nu mi-e bine deloc.

Înainte de culcare, Tănase se adresă nevesti-si doctoral:

— S-a terminat. De-acum înainte regim. Nu mai merge așa. Mîine la

prînz, cucoană, supă de zarzavat şi cartofi, că poate nu ştii, atunci să-ţi spun eu ce a propovăduit Hipocrat acum vreo două mii de ani şi ceva: omul ca să fie sănătos şi să trăiască mai mult, trebuie să fie cumpătat.

A doua zi la prînz, madam Sofica i-a aşezat pe masă dinaintea lui Tănase, o farfurie plină cu supă de legume. În faţa lui tată-său stătea cuminte pe scaun Mihăiţă, mica lor odraslă care-şi aştepta şi el porţia lui de mîncare.

Mama lui Mihăiţă care dispăruse, între timp, în bucătărie, apăru cu o cratiţă plină de chifteluţe marinate.

— Da' ce-i cu astea, nevastă? întrebă soţul intrigat.

— Ştii, Mihăiţă e cam debil, mititelu', se adresă Sofica către bărbatu-su, ca o scuză.

— Da' de unde le-ai mai adus, că parcă era vorba... întrebă el uitîndu-se lacom în cratiţă.

— Le-a trimis bunică-sa lui Mihăiţă, că tu ştii că se prăpădeşte după el şi cum îl ştie cam plăpînd...

Tănase puse lingura pe masă, înlătură cu mîna farfuria cu supă, făcînd un mic gest de dezgust. Zise:

— Trebuie să fie minunate dacă le-a făcut soacră-mea.

— Făcute chiar de mînuţele ei, săraca mamă.

— Ştii ceva, nevastă? Pune-mi o singură chifteluţă. Atît! Stai! Mai bine pune două. Da' atît!

Privirea lui se aţinti deodată pe bufetul din spatele lui Mihăiţă unde adăsta o sticlă cu ţuică, uitată acolo din neglijenţa nevesti-si.

— Sofico dragă, vezi sticla aia, ia dă-o încoa, să-mi deschid niţel inima. Un păhăruţ. Atît! Da' numai atît!

— Bine Tănase, n-ai destulă poftă de mîncare? Mai tragi şi cu ţuică?

— Tu nu te-amesteca, nevastă. Şi după ce dădu pe gît mai multe păhăruţe, adăugă: mai pune încă două chifteluţe, că tare sînt bune şi gustoase. Da' atît! Sînt extraordinare! Numai biată soacră-mea putea să facă aşa ceva. Ştii ceva, Sofico, zău, mai pune cîteva şi gata. Da' atît! Săracu' Hipocrat avea dreptate.

Sofica dispăru din nou ca să revină cu o altă cratiţă plină cu sărmăluţe de purcel în foi de viţă şi răsturnă cîteva în farfuria copilului.

— Pentru Mihăiţă, se adresă ea lui bărbatu-su, că e tare firav, uitîndu-se cu dragoste la băiat. E tot de la bunică-sa, că ştii că mămica moare după el.

— Sărmăluţele astea îmi fac cu ochiul, nevastă. N-ar strica să-mi dai să mănînc şi eu numai una, de poftă. Da' atît! Nu mai mult.

— Ia, mai bine soarbe-ţi supa aia de zarzavat, că ficăţelu' tău atît aşteaptă.

— Dă-o încolo de supă, da' ce vrei să mor de foame, zise el uitîndu-se cu jind în farfuria lui Mihăiţă. Ai uitat ce-a spus Hipocrat acum vreo două mii de ani şi ceva? Omul trebuie să mănînce ca să trăiască. Ia, pune-mi şi mie una. Atît. Da' ştii ceva, scumpă Sofică, cerşi el, te rog din suflet, mai pune cîteva. Da' atît!

După ce înfulecă toate sărmăluțele, se adresă nevesti-si:

— Sofico dragă, mor de sete.

— Să-ți aduc apă minerală, Tănase, că așa se dă la dietă.

— Fugi de-aici cu apa ta minerală, răspunse el supărat. Și adresîndu-se către fecioru-su: Mihăiță tată, ia du-te tu pînă în cămară și prezintă-te încoa, la tăticu tău care te iubește, cu o sticluță de vin, știi din care.

— Mă, Tănase, n-a fost vorba că de azi mîncăm numai bălării?

— Nevastă, văd că tot nu știi ce-a spus Hipocrat acum vreo două mii de ani și ceva. Omul ca să fie sănătos și să trăiască mult, trebuie să mănînce.

— Păi dacă așa a zis Hipocrat...

— Să-mi trăiești, nevastă! Și uitîndu-se galeș la butelca cu vin care trona plină pe masă, zise: ian uită-te, Sofico, la sticluța asta. Nu știi ce se spune despre el. Să-ți spun eu, dacă nu știi: „vinul este dătător de viață, curățitorul trupului și alungătorul amărăciunilor"!

Și după ce mai bău alte două sticluțe, se duse să se culce. Nu a trecut mult timp și se auziră văicăreli înăbușite în odaia alăturată. Nevastă-sa se repezi speriată în cameră unde-l găsi pe bărbatu-său, schimbat la față, lac de sudoare, ținîndu-se cu mîna în partea dreaptă a pîntecelui, rostogolindu-se cînd pe dreapta, cînd pe stînga.

— Ce-i cu tine, Tănase? întrebă ea îngrijorată.

— Nu mai pot, nevastă, adu ligheanu'!

— Ți-e rău tare, Tănase? Să chem Salvarea.

— Las' că poate-mi trece. Auleu, nu mai pot! Bine a spus Hipocrat, săracu', acum vreo două mii de ani, că omu' să fie cumpătat în toate.

Și nevastă-sa i-a pus o compresă pe ficat, i-a dat să bea un ceai de mentă și Tănase încet, încet își reveni, adormind și trezindu-se tocmai în zori.

Dimineața, înainte de a porni la serviciu, îi ținu nevesti-si următorul logos:

— Ascultă nevastă, să faci bine și să mă scutești de toate bucatele tale! Doar ne-am înțeles să gătim de-acum înainte numai bălării. Să nu-mi mai vii dumneata cu sarmalele dumitale, cu chifteluțele dumitale. Începînd de azi în casa asta numai supă de zarzavat, cartofi și brînză de vaci, se răsti el cu un aer autoritar. Aici cîntă cucoșu, adicătelea nu găina. Dumneata n-ei fi știind, poate, ce a spus Hipocrat, da' să-ți spun eu ce-a spus el acum două mii și mai bine de ani, omul ca să...

C. ANASTASIU-COCIU și J.K.C.

INSCRIPȚII pe iespezi

Zace-aici un arhivar
L-a pus moartea la dosar.

De cînd a pornit-o către cer,
Doarme dus şi fără somnifer.

Crucea de se va lăsa,
Rog să-i puneţi o proptea;
Că-n decursul vieţii mele
Am trăit tot cu proptele.

Pînă şi-a dat obştescul ort
Oricînd îl întîlneai beat-mort.
Acum minunea s-a-ntîmplat:
E mort fără să fie beat.

Postamentul crucii mele
Nici un leu nu m-a costat:
E făcut din pietricele
Zămislite în ficat.

Trei zile-a stat neîngropat
Cît doctorii s-au consultat
Şi contrazis de-i mort sau ba:
Că din urechi tot mai mişca.

Unui agent de circulaţie

Pentru că i s-a-ncurcat
Circulaţia-n artere,
Om al legilor severe,
Şi-a spus: STOP! şi-a sucombat.

Cel de sub glie, omule, te roagă
Să-i împlinești umila vrere-a lui:
În loc de cruce un butoi să-i pui
Ca să-i mai vină iz de doagă.

Împlinește-mi, mă rog ție,
Ultimele mele vreri:
Fiindcă am purtat chelie
Să-mi plantezi la cap doi peri.

Aici se așteaptă noul locatar:
Ospătarul care încă n-a murit.
La chemarea morții: „Vino, ospătar!"
A răspuns prompt: „Vineee!" și n-a
mai venit.

Zace-aicea la subsol
Centru-naintaș Costel;
Lipsa lui marchează un gol...
Primul gol marcat de el.

Trecătorule, te-adapă
Din învățătura mea:
Altora săpat-am groapă
Și-am căzut chiar eu în ea.

În amintirea celui care
A fost fundaș cum altul nu-i,
Aprindeți-i o „lumînare"
Că multe-a tras în viața lui.

Ceasornicul deșteptător
I-a fost fidelul slujitor;
Dar pîn-la urmă l-a trădat
Atunci cînd ceasul i-a sunat.

În Ford, mai repede ca vîntul,
Goneam, goneam mîncînd pămîntul
Și-am fost pînă la urmă chit:
Eu l-am mîncat, el m-a-nghițit.

FLORIN IORDĂCHESCU

ACE FARA SERINGI

Apropo de birocratismul existent la o direcţie sanitară judeţeană:

Ţin să-i spun, nu într-o doară,
Şefului care-şi dă fumuri
Că direcţia sanitară
A ajuns una de drumuri.

Soluţie în cazul cînd vor continua să lipsească termometrele din comerţ:

Termometrul în zadar
Îl tot caut. Iar măsura?
Mă prezint la dispensar
Şi îmi ia temperatura!

Pentru o policlinică unde se aşteaptă cu orele:

Pînă rîndul să-mi ajungă,
Îmi crescuse barba lungă.
Ce-ar fi ca în hol să fie
Pentru noi o frizerie?

În Italia a fost descoperită o escrocherie cu aşa-zise aparate pentru adormit rapid:

După ce au folosit
Aparatul de dormit,
Oamenii au reclamat.
Ştiţi de ce? S-au deşteptat!

Boală şahistă:

Pe la dispensar, săracul,
Îl tot văd de un răstimp.
Caută, probabil, leacul
Pentru crizele de timp.

Unui medic de spital:

La spital, am observat,
Ai o tehnică aleasă.
Pentru a primi un pat,
Trebuie să-ţi dau o masă.

Acelor vehicule de transport în comun cu uşile defecte pe timp de iarnă:

Uşile avînd stricate,
Dîrdîi pînă nu mai poţi.
Cînd au fost omologate
Frigiderele pe roţi?

Unei moaşe comunale:

Cînd te văd trecînd pe stradă,
Puştii, adunaţi grămadă,
Strigă veseli pe fereastră:
— Uite şi pe... barza noastră!

Explicaţie pentru cazul cînd un dispensar rural nu este racordat la instalaţia electrică a satului:

Becul nu e necesar
Să se-aprindă pe-nserat.
Medicul de dispensar
E şi-aşa om luminat.

Cînd un locatar de bloc creşte în baie purcelul său:

Vecinii nu mai simt deloc parfumul
Atîtor trandafiri ce umplu drumul,
Deoarece le vine în odaie
Parfum de trandafiri puşi la tigaie.

Pescarului ghinionist:

Rău de tine s-a lipit
Ghinionul ca un scai.
Cînd te duci la pescuit
Prinzi un junghi şi-un guturai.

Surorii medicale care întîrzie de la program:

Sosești la opt şi douăzeci
Aproape-n fiecare zi
Dar tot e bine că nu pleci
Mai înainte de-a veni.

Unui cabinet stomatologic pentru elevi:

Vin cu dinţii cariaţi
O mulţime de şcolari
Şi se văd toţi programaţi
La consult ca pensionari.

Cînd un dispensar stă mai mult închis:

Reproduc cu mult regret
Ce discută lumea-n treacăt:
— Ce mai e la cabinet?
— Cum ce e? Acelaşi lacăt!

Constatare estivală:

Mulţi, pe litoral, la mare,
Cu familia-mpreună,
Pe nisip fac băi de soare,
Pe faleză băi de lună.

V. D. POPA

Pentru ca, în fiecare zi, obrazul dv. să fie perfect, pentru ca pielea dv. să fie netedă, suplă, trebuie să ştiţi şi să nu uitaţi niciodată:

1 — dacă aveţi pielea grasă o veţi demachia cu grijă în fiecare seară, după care o veţi loţiona cu o soluţie astringentă uşor alcoolizată, ca spre ex.: acid citric 0,20 g, camfor 0,10 g, alcool 70° 10 g, suc de castraveţi 40 g, apă distilată 50 g. Săptămînal, veţi aplica o mască conţinînd o linguriţă zeamă de portocală, o linguriţă zeamă de lămîie, un albuş de ou şi 10 g caolin. O menţineţi pe faţă 20 de minute, apoi o îndepărtaţi cu apă călduţă;

2 — evitaţi să spălaţi tenul uscat cu săpun şi cu apă caldă care agravează uscăciunea. Pentru demachierea unui asemenea ten vă puteţi prepara un lapte vitaminat conţinînd vitamina A 0,50 g, vitamina F 1 g, borax 0,25 g, trietanolamină 6 g, glicerină 10 g, apă distilată 200 g;

3 — combaterea cuperozei se poate realiza evitînd expunerea obrazului la vînt, la variaţiile bruşte de temperatură, la frig excesiv. Pentru aceasta este necesar să-l protejaţi prin aplicarea de creme care să formeze un ecran protector. Nu folosiţi săpun şi nici astringente puternice. Un lapte indicat vi-l puteţi prepara din 100 g lăptuci (se fierb timp de 3 minute, apoi se amestecă cu 150 g lapte de vacă);

4 — alergia este o reacţie complexă, care nu poate fi tratată decît de un specialist alergolog. Dacă este provocată de un produs cosmetic, manifestîndu-se sub formă de iritaţii, înroşiri, urticarie, eczemă, poate să dispară prin simpla renunţare la produsul respectiv, întrucît în asemenea cazuri este vorba despre o sensibilitate individuală;

5 — ridurile nu pot fi desigur evitate, dar este la latitudinea dv. să procedaţi astfel încît ele să-şi facă apariţia cît mai tîrziu posibil. Lupta contra ridurilor trebuie să înceapă de la vîrsta de 20 de ani printr-o curăţire raţională a obrazului şi a gîtului în fiecare seară şi, după caz, aplicarea unei creme hrănitoare. În timpul zilei, obrazul îl veţi proteja împotriva intemperiilor. Nu abuzaţi de farduri, nu fiţi nervoasă, respectaţi orele de somn, nu încercaţi să slăbiţi prea repede, căci toate acestea constituie cauze ale apariţiei ridurilor;

6 — folosirea produselor naturale în scopul înfrumuseţării dă rezultate excelente.

Astfel, sucul de lămîie şi de portocală, ca atare sau în amestec cu caolin, caimac, albuş sau gălbenuş de ou este un tonic eficace cu acţiune astringentă şi de albire. De asemenea fructele şi legumele (căpşunile, fragii, piersicile, roşiile, morcovii, castraveţii); plantele medicinale (rosmarinul, timul, muşeţelul, nalba, teiul) sînt deosebit de utile;

7 — dacă estetica obrazului dv. nu vă este plăcută, puteţi modifica mărimea nasului, a bărbiei, a obrajilor etc. cu ajutorul unui fond de ten deschis şi a unuia închis;

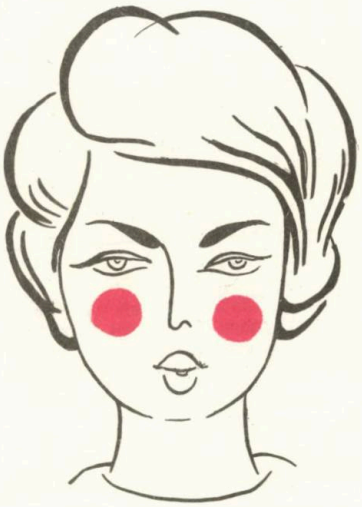
● pentru a lungi un obraz rotund, întindeţi un fond de ten deschis pe frunte, nas, obraji şi gît. Aplicaţi un fond de ten mai închis pe obraji în aşa fel încît să obţineţi 2 pătrate. Aplicaţi apoi pe verticală un strat foarte fin de fard de obraji, de preferinţă cu ajutorul unei pensule (fig. 1);

1

● pentru a modifica un obraz pătrat, aplicaţi un fond de ten deschis pe toată faţa, pe maxilare un fond de ten mai închis, astfel încît numai vîrful bărbiei să rămînă mai deschis. Aplicaţi apoi puţin ruj de obraz în formă de triunghi în partea de sus a pometilor, estompîndu-l spre tîmple (fig. 2);

2

● dacă obrazul este prea lat, după folosirea unui fond de ten deschis aplicaţi în mijlocul pometilor un fard de obraz sub forma unor cercuri (fig. 3);



3

● un nas prea lat se poate corija aplicînd un fond de ten deschis; apoi pe fiecare parte a nărilor pînă la baza nasului aplicaţi un fond de ten mai închis (fig. 4);

4

8 — gîndiţi-vă totdeauna că moda propune, dar femeia dispune. Frumuseţea dv. este înainte de toate o chestiune pur personală. Nu încercaţi să fiţi alta decît cea care sînteţi şi păstraţi-vă personalitatea. Înainte de a vă machia trebuie să vă găsiţi stilul dv. propriu, scoţînd în evidenţă, printr-un machiaj discret, tot ce aveţi frumos. Şi nu uitaţi că un machiaj nu poate reuşi decît dacă pielea este perfect sănătoasă şi perfect curată;

9 — în timpul iernii buzele se usucă şi crapă, ceea ce impune protejarea mucoasei. În timpul zilei veţi folosi un ruj gras — dacă obişnuiţi să vă fardaţi — sau o alifie specială, iar seara veţi masa buzele cu vaselină parfumată sau cu o cremă conţinînd vitamina A. Aplicaţi peste ruj o picătură de ulei de ricin, deoarece el va hrăni mucoasa buzelor şi va da strălucire rujului;

10 — dacă aveţi tenul uscat, folosirea cremei sub pudră este o regulă, deoarece pudra usucă tenul, care se ridează dacă este lipsit de grăsime. În cazul tenurilor excesiv de grase nu este nevoie să aplicaţi cremă sub pudră;

11 — în timpul nopţii nu se recomandă menţinerea cremei pe faţă, întrucît pielea trebuie lăsată liberă pentru a nu-i stînjeni respiraţia şi celelalte funcţii normale. În general crema se aplică seara după curăţirea tenului, se lasă 1/2—2 ore, după care se şterge. Dacă tenul este excesiv de uscat se poate menţine pe faţă şi în timpul nopţii;

12 — punctele negre le veţi extrage expunînd obrazul în prealabil la abur sau masînd regiunile respective cu ulei călduţ. După terminarea operaţiei de stoarcere se dezinfectează obrazul cu o loţiune astringentă — uşor alcoolică — conţinînd alaun 1 g, acid salicilic 1 g, camfor 0,50 g, alcool 40 g, apă distilată 60 g. Apoi se aplică o mască emolientă.

Părul este adesea barometrul sănătăţii dv. şi orice neajuns care intervine trebuie să vă dea de gîndit.

13 — părul sănătos trebuie aerisit. Evitaţi să purtaţi capul acoperit mult timp cu turbane, căciuliţe, chiar peruci. Lăsaţi pielea capului să respire — aerisirea părului se face periindu-l zilnic dimineaţa şi seara. Se începe prin 15 mişcări de perie pornind de le ceafă spre frunte, capul aplecat. Se ridică capul şi se perie de la frunte spre spate;

14 — pentru acţionarea circulaţiei sanguine a pielii capului, masaţi uşor cu vîrful degetelor (fig. 5);

5

15 — lacul fixativ nu este dăunător. El nu ofileşte părul, cu condiţia să-l vaporizaţi la o distanţă de 30 cm şi să nu aplicaţi alt strat fără a fi îndepărtat pe cel precedent. Sînt totuşi şi unele lacuri care usucă părul, acesta devenind fragil. Alegeţi prin urmare un lac pe deplin corespunzător;

16 — folosirea excesivă a briantinei prezintă dezavantajul de a crea perturbaţii ale secreţiei sebacee:

17 — nu faceţi abuz de şamponuri uscate, detergente, căci ele fac ca un păr gras să devină şi mai gras. Nu comiteţi greşeala de a recurge la loţiuni alcoolice, care activează secreţia de sebum. Evitaţi de asemenea să uscaţi părul sub o cască prea fierbinte, să-l periaţi cu perii de nylon, să faceţi permanente la cald;

18 — ondularea permanentă a părului nu se recomandă dacă aveţi un păr fragil, sensibil sau observaţi o cădere abundentă a lui, dacă sînteţi o fire foarte nervoasă, dacă aţi fost bolnavă, după administrarea de antibiotice şi produse cortizonice sau dacă sînteţi însărcinată.

Mîinile, care vă trădează vîrsta, trebuie îngrijite cu aceeaşi asiduitate ca şi faţa dv.

19 — seara înainte de culcare le veţi masa cu o cremă hrănitoare pornind de la extremitatea degetelor spre încheietură. În timpul zilei după fiecare spălat veţi avea grijă să le uscaţi perfect, apoi veţi aplica o soluţie de glicerină cu lămîie şi apă oxigenată sau o cremă specială de mîini, semigrasă. Şi un ultim sfat care nu dă greş: folosiţi cît mai des mănuşile în gospodărie. În felul acesta supleţea pielii rămîne intactă;

20 — mîinile umede (hiperhidroza palmară) sînt expresia unei transpiraţii excesive ca urmare a unei stări emotive, nervoase sau unei tulburări glandulare. Pot fi îngrijite prin folosirea la spălat a unui săpun dezodorizant, a unei loţiuni astringente (formol 7 g, apă de colonie 100 g), care se lasă să se usuce fără a o şterge, sau prin pudrarea mîinilor cu un amestec de talc, oxid de zinc şi licopodiu.

21 — dacă aveţi **unghiile moi,** lipsite de rezistenţă — care se rup de îndată ce cresc — aplicaţi pe conturul unghiei o soluţie de iod cu ajutorul unui beţişor pe care aţi înfăşurat puţină vată. Zilnic timp de 5 minute ţineţi unghiile în ulei de ricin călduţ în care aţi adăugat cîte o picătură de zeamă de lămîie Nu folosiţi dizolvante pe bază de acetonă. Mîncaţi multe legume, fructe, ficat;

22 — unghiile care prezintă striuri verticale le veţi trata prin aplicarea pe suprafaţa lor a unei soluţii conţinînd 3 g alaun, 15 g glicerină, 35 g apă.

Picioarele scot în evidenţă silueta şi constituie totodată unul dintre criteriile potrivit cărora este apreciată întreaga dv. ţinută.

23 — dacă pielea picioarelor este grasă, la spălat veţi folosi un burete de baie şi un săpun de sulf. După uscare, fricţionaţi cu apă de colonie;

24 — dacă pielea este uscată, fricţionaţi picioarele cu o mănuşă de pînză moale, cu un săpun conţinînd lanolină sau glicerină. După uscare aplicaţi o cremă hidratantă;

25 — excesul de păr îl puteţi îndepărta folosind un depilator conţinînd 500 g colofoniu şi 125 g parafină solidă. Se aplică cald sub formă de fîşii de 5 cm care, după răcire, se îndepărtează brusc;

26 — celulita de pe pulpe o puteţi trata masînd pielea astfel: se prinde pielea între arătător şi degetul mare, iar pliul format se masează profund pe toată suprafaţa pulpei;

27 — gleznele umflate se masează cuprinzîndu-le între degete, se apasă tare şi se urcă încet spre pulpe. Efectuaţi acest masaj de 12 ori pe zi, de preferinţă în cursul dimineţii;

28 — genunchii, atît de descoperiţi cu moda mini, trebuie să fie perfecţi. Se recomandă să fie fricţionaţi zilnic cu alcool diluat pentru activarea circulaţiei sanguine. La spălat, atunci cînd genunchii sînt săpuniţi, frecaţi încet şi uşor cu piatră ponce; după uscare, aplicaţi puţin alcool camforat. Dacă pielea este uscată, veţi folosi glicerină amestecată cu apă de colonie;

29 — dacă pulpele prezintă mici vase roşii se recomandă 3 vitamine: **vitamina C** care se găseşte în portocale, lămîi, grepfruit, piersici, roşii, ficat; **vitamina B** în ficat de vacă, carne de viţel, peşte şi **vitamina E** în ulei de arahide, germeni de grîu.

Iată şi o loţiune decongestionantă pe care o puteţi folosi la masaj: apă de hamamelis 20 g, camfor 1,50 g, cloral hidrat 4 g, alcool 70° 300 g, ulei de lavandă 5 picături;

30 — transpiraţia excesivă a picioarelor o puteţi combate prin spălarea zilnică cu săpun şi apă şi pensularea cu o soluţie conţinînd formol 10 g, mentol 1 g, alcool de 70° 90 g şi pudrarea lor cu acid salicilic 1 g, acid boric 3 g, acid tartric 3 g, oxid de zinc 45 g, talc 45 g.

Siluetă, suplеţe, armonie nu înseamnă numai frumuseţe, înseamnă şi sănătate.

31 — Dacă şoldurile dv. sînt prea mari, vă recomandăm următorul exerciţiu: aşezaţi-vă pe un scaun, duceţi mîinile la spate, ridicaţi picioarele pînă în dreptul scaunului, apoi faceţi mişcări rapide cînd cu un picior, cînd cu altul;

32 — gîtul îl puteţi menţine în formă bună astfel: în poziţie culcată, ridicaţi capul pînă ce bărbia atinge pieptul;

33 — o poziţie bună şi un mers perfect pot fi obţinute mergînd zilnic timp de 5 minute cu o carte pe cap.

LUDMILA COSMOVICI

Răspunsurile cele mai indicate la problemele de la pag. 95-96

1. Nu este recomandabil să se utilizeze grăsimea rămasă de la prăjeli anterioare, chiar dacă se adaugă grăsime prospătă, deoarece după prăjeală grăsimea restantă capătă anumite proprietăți toxice, care îngreunează digestia și care, după unele păreri, ar putea fi și cancerigenă.

2. Printre condimentele iritante se pot enumera muștarul, piperul, ardeiul iute, boiaua iute, hreanul. Consumate în mod abuziv, pot provoca leziuni ale mucoasei bucale și mai ales ale limbii, viciindu-i sensibilitatea papilelor gustative, cît și leziuni ale mucoasei tubului digestiv, determinînd unele gastrite cronice și chiar ulcere stomacale și duodenale. Ținînd seama de urmările consumului abuziv de condimente iritante, este de la sine înțeles că astfel de condimente pot fi consumate numai în cantități moderate. Acestea trebuie însă total excluse atît de către cei ce suferă de boli ale tubului digestiv, cît și de suferinzii de boli de rinichi, de unele boli de piele etc.

3. Sarea poate fi socotită și ca un condiment și ca un aliment. Este o substanță foarte utilă proceselor fiziologice. Cînd este consumată în exces devine însă nocivă pentru organism, atît prin faptul că atrage după sine necesitatea unui consum exagerat de băuturi, ceea ce poate determina la orice vîrstă numeroase și serioase alterări funcționale și organice (balonări, dilatații de stomac, nefrite etc.), cît și prin acțiunea ce o exercită asupra tunicii musculare a arterelor de calibru mic, pe care le contractă, mărind tonusul arterial. Avînd în vedere că după vîrsta de 40—50 de ani, pe lîngă procesul general de uzură a organelor, apare și o tendință evidentă de creștere a tensiunii arteriale, e bine ca, mai ales începînd de la această vîrstă, consumul de sare să fie mult limitat.

În unele boli, ca hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, glomerulonefrita difuză, insuficiența renală acută, sarea trebuie exclusă total din alimentație pentru perioade mai mari. Regimuri desodate sau hiposodate sînt indicate și în obezitate, ciroza hepatică, în tratamentele cu cortizon, A.C.T.H. etc.

Există însă și unele boli, ca insuficiența renală cronică, unele nefrite interstițiale și altele, la care în anumite stadii evolutive, creșterea cantității de sare în alimentație constituie un bun adjuvant terapeutic.

Regimurile fără sare trebuie să fie judicios conduse de medic, pentru a nu se ajunge în extrema cealaltă cînd organismul, lipsit prea mult timp de sare, ar putea să prezinte o carență accentuată de sodiu (hiponatremie — hipovolemie), ce se manifestă prin tulburări destul de serioase, printre care și creșterea ureei în sînge.

4. Fierberea îndelungată a legumelor, zarzavaturilor și fructelor distruge cantități importante din vitaminele ce le conțin. Vitaminele, după cum știm, sînt substanțe indispensabile desfășurării normale a proceselor biologice ale organismului.

5. Pe jos există, în afară de multe alte impurități, numeroase microorganisme

patogene (microbi, ouă de paraziți intestinali etc.) care, în contact direct cu alimentele, le pot contamina. În felul acesta, microorganismele patogene ajung în tubul digestiv, putînd provoca diferite boli infecțioase, ca dizenteria, febra tifoidă, hepatita epidemică etc., cît și diverse verminoze intestinale (tenie, oxiuri, limbrici etc.). De aceea, unele alimente (felii de pîine unse, prăjituri, bomboane etc.) care au scăpat pe jos și care nu mai pot fi debarasate de microorganismele amintite, nu mai e permis să fie folosite. Alte alimente, care au venit în contact cu podeaua, vor fi foarte bine spălate, cînd e vorba de fructe ori legume sau vor fi trecute prin flacără cînd avem de-a face cu covrigi, cornuri, pîine.

6. Legumele și zarzavaturile, oricît ar părea de curate, au deseori pe suprafața lor microorganisme patogene (microbi, virusuri, ouă de paraziți intestinali) provenite mai ales din pămîntul în care au fost cultivate sau din apele curgătoare ori stătătoare cu care se fac irigațiile. Fructele pot avea și ele pe coaja lor aceleași microorganisme, ajunse aci prin intermediul prafului sau cu prilejul diverselor manipulări. Legumele, zarzavaturile și fructele pot avea de asemenea pe suprafața lor și unele substanțe insectofungicide, cu care se stropesc culturile și livezile. Dacă se pune pîinea neînvelită în aceeași sacoșă în care aducem acasă legume, zarzavaturi sau fructe e de la sine înțeles că pîinea va putea fi contaminată de agenții patogeni sau produsele toxice respective și riscăm să ne provoace diverse îmbolnăviri.

7. Prin cufundarea completă a sticlelor cu băuturi în frapiere sau găleți apa din acestea, inclusiv apa provenită din topirea gheții vine în contact și cu buza sticlelor pe unde iese băutura. Întrucît se presupune că frapierele sau gălețile nu sînt absolut curate în strictul înțeles al igienei și nici exteriorul sticlelor și deseori nici gheața, trebuie să admitem că odată cu băutura turnată în pahare aceasta va putea să antreneze și unele microorganisme patogene ajunse pe buza sticlelor ca urmare a contactului direct cu apa contaminată din frapieră sau găleată. Pentru prevenirea unor asemenea neajunsuri, gîtul sticlelor puse la răcit trebuie să se afle deasupra nivelului apei și a gheții.

8. Microorganismele patogene eventual existente pe suprafața legumelor, zarzavaturilor și a fructelor nespălate pot contamina frigiderele sau răcitoarele, care, la rîndul lor, pot transmite contaminarea și altor alimente din interiorul acestora. De aceea legumele, zarzavaturile și fructele vor fi plasate în frigidere sau răcitoare numai după o prealabilă spălare foarte riguroasă.

9. Cînd se frige carnea pe plită, în tigăi sau pe anumite forme oarecum asemănătoare grătarelor, acestea nu permit debarasarea completă a grăsimii scursă din carne, ceea ce face ca de fapt carnea să se prăjească în propria ei grăsime și nu să se frigă. Acest fel de prelucrare a

cărnii ocazionează producerea acroleinei, substanță care e iritantă pentru mucoasa stomacului, pentru ficat și căile biliare. Din această cauză la frigerea cărnii e bine să se utilizeze ori grătare care lasă să se scurgă grăsimea direct pe jeratic ori grătare acoperite prevăzute cu tăviță colectoare pentru grăsimea topită.

10. Mesele de seară prea abundente îngreunează digestia, supun inima la un efort prea mare, ceea ce poate provoca, în special vîrstnicilor și suferinzilor de boli cardiovasculare sau ale aparatului digestiv, greutate în respirație, tulburări digestive, insomnie, creșterea tensiunii arteriale, neliniște și uneori chiar unele accidente cardiovasculare.

11. Cînd mîncărurile „ușoare" se consumă în cantități prea mari, pot deveni indigeste, deci „grele". În astfel de cazuri ele pot provoca tulburări asemănătoare celor determinate de orice mîncare considerată ca „grea", adică greu digerabilă.

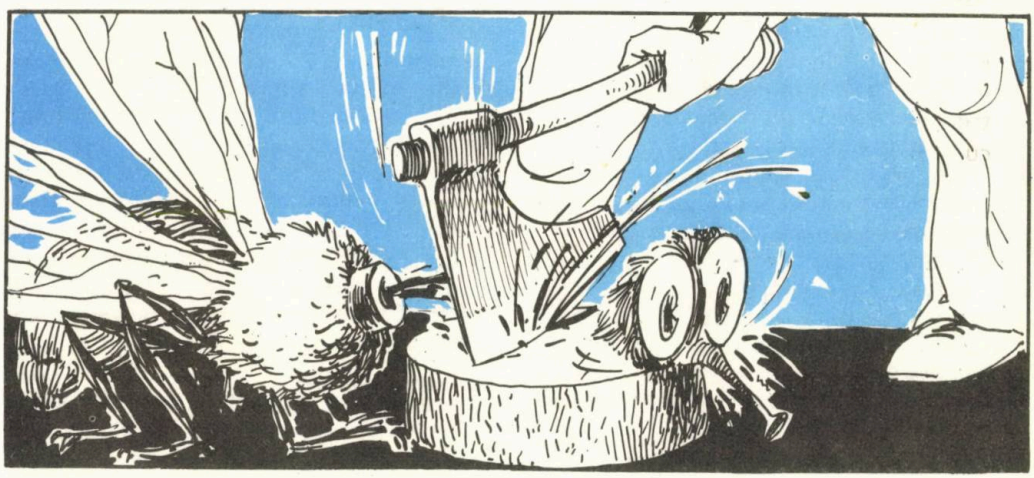
12. Băuturile alcoolice cu concentrație alcoolică mare, consumate ca aperitiv înainte de mese, nu stimulează totdeauna pofta de mîncare. De cele mai multe ori dereglează secrețiile gastrice și celelalte funcții digestive, irită mucoasa stomacului și pot provoca efecte contrarii celor urmărite.

13. Ingerarea de băuturi înainte și în timpul mesei, pe lîngă că poate determina balonări și îngreuierea digestiei, poate să provoace și diluarea sucurilor stomacale, ceea ce la unele persoane contribuie la scăderea apetitului. Astfel de tulburări sînt de multe ori evitabile cînd se bea la sfîrșitul meselor.

14. Dulciurile lipicioase exercită o acțiune cariogenă asupra smalțului dentar. Din această cauză, spre a ocaziona un contact cît mai scurt al acestor dulciuri cu suprafața dinților, este necesar ca imediat după consumarea lor să se clătească bine gura cu apă, insistîndu-se în mod special și asupra spațiilor dintre dinți.

15. Unele ouă de rață conțin niște microorganisme patogene (salmonella), care pot provoca toxiinfecții grave la om cînd sînt consumate sub formă crudă (la înghețată, maioneză etc.) sau insuficient fierte (moi, cleioase, ochiuri, jumări, omletă, creme). Pentru evitarea acestor neajunsuri și pentru că nu putem ști care ouă de rață conțin salmonella, nu se vor consuma astfel de ouă decît numai fierte în prealabil timp de cel puțin 10-15 minute.

Dr. I. LEONESCU



DISCUȚII

CU CONF. DR. DOC.
HENRIETTE CIORTOLOMAN
DESPRE

SĂNĂTATEA FEMEII

— Sub genericul Anului internațional al femeii, stabilit de O.N.U., v-am ruga să ne spuneți care sînt afecțiunile mai frecvente în rîndul populației feminine a globului și ce preocupări socotiți că ar trebui să revină în acest sens organismelor de sănătate?

Sub genericul Anului internațional al femeii, inițiativa O.N.U. pentru dinamizarea procesului de eliberare a femeii, de creare a unor condiții moderne de civilizație, de confort, de viață, are o valoare umanitară inegalabilă pe care eu ca medic obstetrician-ginecolog știu s-o prețuiesc.

Asemenea preocupări și inițiative vin în sprijinul eforturilor statelor și organizațiilor naționale; ele creează cadrul și atmostera politică rezolvărilor propice, ajutorului moral și material necesar atîtor popoare și trebuie întîmpinate cu solicitudine pentru a fi cît mai repede și mai deplin valorificate.

Dintre funcțiile aparatului genital, funcția de reproducere este cea mai importantă pentru natalitate, dar și ca indice al stării de sănătate a femeii, care este amenințată de factorii patogenici; de aceea ginecologia apare ca ramura care face profilaxia obstetricii patologice. Bolile cele mai frecvente care constituie o preocupare și stau în atenția organismelor de sănătate sînt: infecțiile aparatului genital care au o gamă foarte largă de aspecte clinice începînd cu vaginitele micotice, cu trichomonas, gonococice, iar altele survenite

mai ales după avorturi (endometritele, miometritele, perimetritele, parametritele, anexitele, piosalpinxul, pelviperitonita, tromboflebitele, peritonitele, stările de şoc endotoxic, septicemiile). Ele sînt urmate de sechele şi dezordini în morfofuncţionalitatea aparatului genital ca: dezordinile menstruale, lipsa de ovulaţie, ovarite distrofice, dismenoree, dispareunie, sterilitate ş.a.

O boală care este încă foarte frecventă şi pentru care efortul comun este din ce în ce mai strîns este cancerul genital. Datorită mijloacelor moderne de diagnostic, leziunea este surprinsă din fericire în stadiul preinvaziv sau cel mult în stadiul de invazie minoră şi nu aşa cum a fost descris în tratatele clasice, ca tumoare vegetantă, friabilă, sau de ulceraţie sîngerîndă, de aceea organismele de sănătate îşi lărgesc necontenit sfera preocupărilor în domeniul controlului periodic, adică în domeniul medicinei preventive.

— Ce factori se înscriu în cadrul patologiei organismului femeii şi în ce mod viaţa modernă şi însăşi civilizaţia se numără printre factorii favorizanţi?

În acest cadru în afară de factorii infecţioşi — datoriţi lipsei de igienă sau igienei precare în general şi în particular a organelor genitale — frigul, oboseala, trepidaţiile, la care contribuie şi hipercivilizaţia, viaţa trepidantă, stressurile, emoţiile, conflictele familiale şi de serviciu, dizarmoniile afective influenţează şi favorizează bolile genitale.

Astăzi însă greutatea specifică a factorilor etiologici s-a schimbat mult faţă de medicina clasică, factorii endobiologici şi social-economici devenind deosebit de importanţi, alături de cei fizici şi psihici în lupta pentru apărarea şi dobîndirea sănătăţii femeii.

— În ce măsură structura anatomofiziologică mai deosebită a femeii alături de alţi factori, concură la creşterea gradului de receptivitate faţă de îmbolnăviri şi de ce femeile în producţie trebuie să cunoască şi să respecte o serie de reguli de sănătate şi de igienă individuală?

Structura anatomo-fiziologică mai deosebită, împreună cu factorii de stress în perioadele pre- şi postmenstruale, situaţiile ciclice lunare fac ca femeia, alături de labilitatea ei psihică, să fie mai receptivă la îmbolnăviri ale aparatului genital mai ales dacă regulile de igienă corporală, de igienă a muncii, de igienă psihică nu sînt cunoscute şi respectate.

Regulile de igienă, de sănătate, controlul periodic şi sfaturile medicale devin imperative majore în cursul sarcinii, cînd organismul femeii este mult mai receptiv la boli, al căror corolar duce la şubrezirea mamei şi la obţinerea unui descendent de o calitate biologică adesea nevaloroasă sau la avort şi naştere prematură.

— Care sînt posibilităţile actuale de tratament în ginecologie şi ce va aduce viitorul apropiat?

Ginecologia a evoluat desigur şi este în continuă evoluţie, dar ginecologul, evident, nu va rezolva toate problemele pacientelor sale. Se va ajunge la o medicină divizată între multe specialităţi de graniţă şi fundamentale (endocrinologie, oncologie, urologie, anatomie patologică etc.), care vor sectoriza organismul şi-l vor înscrie sub formă de „fişe".

Ginecologului îi revine sarcina să orienteze examenele concentric, să refacă prin sinteză unitatea organismului analizat şi să-şi formuleze apoi concluziile de diagnostic.

De aceea este natural ca ginecologul modern, în viitor, să cunoască mai mult, chiar foarte mult, din domeniul specialităţilor de graniţă, pentru a nu rămîne într-un compartiment îngust şi fără eficacitate pentru bolnav. Bolnavele astfel vor putea beneficia de un tratament complex, organul genital fiind integrat în contextul şi interrelaţiile lui cu organele din economia generală, deci ginecologul trebuie

ca în afară de a mînui bisturiul să aibă cunoștințe în celelalte specialități, să știe să stabilească relații afectiv-profesionale cu bolnavul — baza succesului terapeutic (medical, chirurgical, fizioterapic) — și poate mai mult ca în alte domenii, ginecologului modern i se cere să fie și un bun psiholog.

— Cum apreciați rolul medicinei preventive în această specialitate și ce recomandări faceți tinerelor femei, pentru a avea copii cît mai sănătoși și viguroși?

În domeniul medicinei preventive, poate sînt date și fapte care s-au mai spus, dar tinerele au fost uneori mai puțin receptive la sfaturile noastre medicale.

Prin eforturile colective, prin creșterea valorii juridice a hotărîrilor organismelor naționale și internaționale aceste deziderate pot fi ridicate, ca și alte probleme de care depinde viitorul și progresul, la rang de dictat, sprijinit bineînțeles pe toate planurile de toți factorii conștienți și responsabili.

Asist și ajut zilnic la nașterea vieții, îmi dau seama, clipă de clipă, ce importanță au condițiile create în țara noastră pentru ocrotirea sănătății femeilor și a copiilor, ce valoare au aceste măsuri pentru viitorul și sănătatea națiunii noastre.

Eu aș dori și aș recomanda ca femeile din întreaga lume să aibă o viață din ce în ce mai bună, să beneficieze de un control medical corect și periodic, să fie prețuite ca purtătoare ale vieții, pentru a putea naște și crește copiii în liniște, asigurînd educația și pregătirea lor pentru un viitor mai luminos al omenirii.

Realizator: dr. **GH. M. GHEORGHE**

AUTOCONTROLUL PREVENTIV AL SÎNILOR

Cu toate progresele remarcabile pe care le-a înregistrat medicina în secolul nostru, cancerul a rămas boala cea mai de temut. Aparent a devenit şi mai frecventă. Aparent, deoarece datorită prelungirii duratei medii a vieţii, a crescut proporţia oamenilor în vîrstă, în rîndurile cărora tumorile sînt mai des întîlnite. Pe de altă parte, tot mai mulţi cetăţeni sînt supuşi periodic unor controale medicale şi, graţie mijloacelor moderne de diagnostic, boala este descoperită mai des, uneori chiar înainte de a se manifesta. În fine, o parte din frica de boala canceroasă se inspiră şi din aceea că boala este încă socotită ca fiind fără leac.

În realitate medicina a făcut progrese uriaşe şi în cancerologie. Astăzi cancerul poate fi tratat şi cea mai mare parte din cazuri sînt vindecate sau oprite în evoluţie prin tratamente chirurgicale, radiologice, chimioterapice, hormonale, imunologice etc.

Statisticile medicale sînt de acord că şansele de vindecare depind în primul rînd de stadiul în care a fost recunoscută boala şi instituit tratamentul ei. Şansele sînt cu atît mai mari cu cît boala a fost descoperită şi tratată mai aproape de apariţia ei.

Desigur că diagnosticul de cancer îl va pune numai medicul pe baza examenelor clinice şi de laborator. Dar şi bolnavul poate avea o contribuţie preţioasă, ajutînd medicul în diagnosticarea cît mai timpurie a îmbolnăvirii.

Din acest punct de vedere cancerul de sîn, care la femeie reprezintă localizarea cea mai frecventă a acestei afecţiuni, are situaţia cea mai favorabilă, fiind situat superficial, la cîţiva centimetri sub piele.

Cele mai multe tumori de sîn au fost descoperite întîmplător, la baie, cînd femeia se şterge cu prosopul sau se îmbracă şi cînd constată deodată o întărîtură în glanda mamară. Spe-

riată, se adresează medicului care de multe ori apreciază că tumoarea evolua de luni şi chiar de ani de zile.

Scopul acestei informări este să atragă atenţia că alături de controalele periodice — pulmonar, genital şi stomatologic — pe care le face medicul specialist, este necesar ca fiecare femeie să-şi facă singură şi un control periodic al sînilor. Poziţia cea mai bună este cea culcată pe spate. Cu vîrful degetelor mîinii drepte va palpa glanda mamară stîngă pe toată suprafaţa ei pînă la subţioară; pe planul profund al toracelui, prin palpare se poate constata cu uşurinţă orice modificare de formă şi de consistenţă apărută în ţesutul moale al sînului normal. Subiectiv se poate aprecia şi dacă palparea este dureroasă.

În acelaşi mod se va proceda şi la examinarea glandei mamare drepte folosind mîna stîngă.

De asemenea în oglindă, fiecare femeie va remarca orice modificare de volum, de culoare (roşu, vînăt) sau de formă a sînului, ca şi a mamelonului. Un semn de mare valoare este înfundarea mamelonului.

Totodată va observa dacă la nivelul mamelonului a apărut o secreţie. În mod normal, în afara perioadei de alăptare, nu trebuie să existe secreţie mamară. Apariţia unei secreţii mamare ca apa, ca laptele sau cu sînge, poate fi uşor remarcată pe lenjerie. Este un semn de suferinţă mamară care trebuie să conducă femeia la consultaţie. De cele mai multe ori, după un examen microscopic, medicul o va linişti confirmînd că secreţia nu este de natură malignă.

Recomandăm ca această autoexaminare să se repete la fiecare 2—3 luni, fără însă să aibă efecte negative. Femeia care la examenul local constată o modificare la nivelul sînilor nu trebuie să intre în panică, ci, cu calm, se va adresa de îndată medicului, semnalîndu-i cele constatate. Adeseori aceste modificări sînt legate de ciclul menstrual, avînd o cauză hormonală. Ele apar înaintea menstrei şi dispar după. Medicul va hotărî atitudinea de urmat.

Iată cîteva măsuri simple pe care fiecare femeie, de orice vîrstă, chiar la mulţi ani după menopauză, este datoare să şi le aplice prin propria ei observaţie. Autoexaminarea nu exclude şi nici nu ţine locul examenului medical dar poate uneori să ajute la depistarea cît mai precoce, în stadii incipiente, a unor tumori mamare, care de cele mai multe ori sînt de natură necanceroasă.

ANETA DĂNILĂ-MUSTER
Medic primar endocrinolog

BOALA LAXATIVELOR

Se mai numeşte şi falsa diaree. Survine mai ales la femei şi se manifestă printr-un complex de simptome clinice şi de laborator. Suferinzii sînt mai ales femei tinere, astenice, depresive, cu tulburări endocrine, mai ales menstruale, care atribuie toate nemulţumirile reale, sau imaginare, tulburărilor digestive şi mai ales scaunului insuficient şi anevoios. La aceste tulburări se asociază greţuri, arsuri, transpiraţii, insomnie, palpitaţii etc.

Legătura dintre tulburările digestive şi cortegiul de simptome nu se face direct, ci acestea sînt mai mult efectul spaimei, amplificate de o imaginaţie exagerată. Persoana în cauză nu se duce la medic, nu cercetează mai de aproape izvorul neplăcerilor. „Să deranjez un medic pentru atît de puţin? Ştiu prea bine că provine din cauza constipaţiei şi ştie oricine cum se tratează. Voi înghiţi în fiecare seară o pastiluţă laxativă şi totul se va aranja. Mai mult, voi putea mînca de toate după pofta inimii".

Şi aşa a făcut. Un timp s-a simţit bine şi avea impresia că toate nemulţumirile din trecut au dispărut.

Dar, mai tîrziu, observă că leacul vrăjit nu mai ajută, constipaţia a revenit şi odată cu ea insomnia, transpiraţia, greţurile şi o indispoziţie generală. „Ei bine, îşi spuse ea, este foarte simplu; voi lua cîte două pastiluţe în fiecare seară şi astfel voi elimina toate toxinele din stomac, care îmi întreţin suferinţa". Într-adevăr, scaunul s-a îmbunătăţit, ba uneori avea chiar diaree, datorită faptului — îşi zise ea — că laxativul topeşte şi transformă scaunul în lichid. Alteori are un scaun solid dar îmbrăcat într-o membrană de mucozităţi; medicii din trecut cunoşteau această boală şi o numeau colită mucomembranoasă; numele era pompos dar ascundea necunoaşterea cauzei, considerată a fi o inflamaţie puternică a intestinului gros, ceea ce era cu desăvîrşire greşit, aşa cum vom vedea.

De un timp însă, pacienta noastră se simte mai puţin rezistentă, mai obosită. După aceea îşi dă seama că picioarele sînt mai moi, parcă nu mai sînt în stare să suporte greutatea corpului.

În plus, suferă de balonări şi diaree cu mai multe scaune pe zi. Şi urinarea este schimbată, urina porneşte mai greu, după eforturi. Are mai ales palpitaţii şi se simte din ce în ce mai obosită şi mai neputincioasă. Scaunul are o înfăţişare curioasă ca un lichid cenuşiu, murdar, în care plutesc bucăţi de materii fecale uscate şi tari numite în medicină scibale, sau are uneori aspectul mucomembranos. Cum se explică aceste fenomene şi mai ales dispariţia constipaţiei şi ivirea diareei? Dacă i se face pacientei noastre un examen medical complet se constată că limba este saburală sau „încărcată" precum şi uneori un uşor subicter conjunctival, reflexele sînt mai slabe, atît cel rotulian — care se produce prin lovirea cu ciocanul medical a tendonului situat sub genunchi — cît şi reflexul idiomuscular care se produce la lovirea muşchiului şi răspunde prin contracţia lui.

Dacă se dozează potasiul în sînge găsim scăderea lui faţă de valoarea normală. În acelaşi timp scad calciul şi clorul, adică toate substanţele minerale, numite ioni minerali.

La examenul microscopic al fecalelor, din interiorul unei scibale, se constată rare resturi alimentare şi acestea bine digerate. Fenomenul se produce în constipaţii şi se explică prin încetinirea tranzitului în intestin, avînd ca urmare creşterea timpului de contact al alimentelor cu fermenţii digestivi. Concluzia acestei analize este că bolnava noastră suferă de constipaţie şi că diareea este falsă şi amăgitoare.

Cum se explică acest lanţ patologic şi verigile lui? Laxativele au produs o iritaţie a intestinului cu hipersecreţia glandelor urmată de creşterea mucusului şi a serozităţii. Acestea conţin mult potasiu şi astfel organismul bolnavei este sărăcit de acest ion mineral care este indispensabil pentru viaţa şi activitatea celulelor în general şi a fibrelor musculare în special; într-adevăr, celulele suferă din cauza dificultăţii schimbului cu mediul înconjurător care le aduce oxigen şi hrană — sursa de energie.

Suferă fibrele musculare din toate sectoarele organismului, din inimă, intestin sau muşchii membrelor. Suferinţa inimii se exteriorizează prin palpitaţii, contracţii cardiace neregulate (aritmii, extrasistole); suferinţa intestinului se manifestă prin scăderea puterii de contracţie, ceea ce împiedică înaintarea bolului alimentar sau fecal; această lenevire poate duce uneori la o adevărată paralizie a intestinului. Suferinţa muşchilor membrelor explică greutatea în mers şi slăbiciunea pe care bolnava noastră o simte în picioare şi mîini.

Ar fi deci o greşeală să se prescrie medicamente de combatere a diareei; ea este numai aparentă, o falsă diaree, în fond o constipaţie determinată de lipsa de potasiu.

Cum trebuia să procedeze pacienta noastră cînd şi-a dat seama că suferă de constipaţie? Nu trebuia să recurgă de la început la laxative, deoarece se obişnuieşte cu ele şi nu mai reacţionează decît la doze din ce în ce mai mari. Un regim alimentar bine întocmit o combate mai bine şi fără pericol.

Acest regim constă în multe legume, zarzavaturi crude sau fierte, fructe sub toate formele: crude, marmeladă, compoturi (toate avînd un conţinut mare de potasiu), carne rasol, chefir, iaurt; va trebui să evite iritantele ca piper, ardei, muştar, brînzeturi în cantităţi mari.

Dacă analizele arată o scădere a potasiului va trebui să ia pe gură o sare de potasiu sau sarea dietetică farmaceutică.

Uneori este nevoie de ulei de parafină sau untdelemn mai mult în salate de cruditäţi. Dacă prin acest regim alimentar cu adaos de parafină constipaţia nu cedează, se va stabili în mod precis cauza ei care poate fi un intestin gros prea lung (dolicocolon) sau dilatat, megacolon cu contracţii prea slabe (aton) sau puternice dar dezordonate, care de cele mai multe ori sînt datorite tulburărilor nervoase, neurovegetative. Tratamentul întăritor cu gimnastică medicală, fricţiuni alcoolizate, băi de plante poate fi de un real folos. De asemenea unele sedative generale şi ale sistemului nervos vegetativ sînt uneori necesare.

GARUS

preparate de lapte umanizat în alimentația sugarului

În efortul de a crea alimente cît mai bine tolerate și mai utile pentru buna dezvoltare a sugarului, dietetica infantilă a căutat noi formule în fabricarea preparatelor de lapte. Se știe că alimentul optim pentru primele luni de viață rămîne laptele matern, care nu poate fi egalat prin nici un altfel de lapte. Deoarece, totuși, sînt situații cînd mama nu poate să-și alăpteze copilul s-a încercat înlocuirea sînului (deci alimentația artificială) în diferite feluri.

La început s-a folosit laptele de vacă, a cărui compoziție fiind diferită de a laptelui matern, a necesitat diluare și adaos de zahăr și făină (de preferință făină de orez).

Ulterior, s-a constatat că acidularea laptelui de vacă face digestia lui mai ușoară și evacuarea din stomac mai rapidă. S-a creat astfel laptele acidulat. Degresarea laptelui parțială și transformarea unei părți din lactoză în acid lactic prin fermentație lactică naturală a dus la apariția babeurreului. Extragerea apei din lapte prin procedee industriale a favorizat fabricarea laptelui praf, care oferă numeroase avantaje: ușurința transportului și a preparării, garanție de sterilitate, cazeină și grăsimi mai ușor digerabile.

Industria laptelui a preparat însă sub formă de pulbere și laptele acidulat (Pelargon), laptele parțial degresat cu lactoza parțial transformată în acid lactic (Eledon), precum și alte preparate de lapte, utile la sugarul sănătos și bolnav. Mai mult decît atît, s-a încercat și s-a reușit prepararea industrială sub formă de pulbere a unor sorturi de lapte a căror compoziție se apropie de cea a laptelui matern. Acestea sînt preparatele de lapte umanizat, care ocupă un loc din ce în ce mai important în alimentația artificială și mixtă a sugarului sănătos, tinzînd să înlocuiască preparatele de lapte acidulat.

În țara noastră preparatele de lapte umanizat care se găsesc în comerț sînt **Similac** și **Humana,** care se prezintă în patru variante principale: Humana O, Humana I, Humana II și Humana Heilnahrung (Humana H).

Similacul este un preparat de lapte care se prezintă ca o pulbere în cutii închise ermetic. Înăuntru se găsește și o mensură care cuprinde 8 g de pulbere de Similac, atunci cînd este umplută și rasă. Compoziția Similacului a fost astfel calculată încît să se apropie — după preparare — cît mai mult de compoziția laptelui matern. În acest sens este de notat faptul că între principiile alimentare fundamentale calorigene este păstrat raportul care există și în laptele de femeie, adică proteinele, lipidele (sub-

stanţele grase) şi glucidele (hidraţii de carbon) se găsesc în relaţia 1:2:4. Mai precis, după dizolvarea standard pentru a fi administrat sugarului, Similacul are proteine 1,85 g%, lipide 3,5 g% şi glucide 7 g%, ceea ce îl face asemănător cu laptele matern. Mai conţine săruri minerale (calciu, fosfor, urme de fier şi vitaminele A, D, E, B_1, B_2, B_6, B_{12}, PP), în cantităţile necesare sugarului. Valoarea calorică este identică cu a laptelui matern: 67 calorii %.

Prepararea Similacului este extrem de simplă: pentru a realiza concentraţia standard de 13,3 % se pune o mensură rasă, de pulbere de Similac neîndesată, la 60 ml apă în prealabil fiartă, adusă la o temperatură de cca 40° (să fie călduţă) şi se amestecă bine cu lingura. Dacă pentru o masă este necesară cantitatea de 120 g, se pun deci 2 mensuri rase, neîndesate la această cantitate de apă călduţă. Dacă în timpul amestecării conţinutul biberonului s-a răcit, se încălzeşte cu totul în baie marină (vas cu apă caldă). După această încălzire, dacă mai rămîne Similac în biberon la sfîrşitul mesei sugarului, se aruncă. Atenţiune! În Similac nu se adaugă zahăr sau alte ingrediente, deoarece îi schimbă compoziţia. Nu se prepară în alte diluţii decît cea standard, eventual modificîndu-se cantitatea administrată, dar nu şi concentraţia.

Similacul este indicat pe toată perioada cît un sugar poate primi lapte matern, adică de la naştere pînă la 8—12 luni. Cantitatea zilnică variază de la 180 ml/kilocorp la sugarul mic pînă la 120 ml/kilocorp la sugarul mare. Numărul de mese este în funcţie de vîrsta sugarului: de la 7 mese zilnice la sugarul mic pînă la 4 mese zilnice la sugarul mare. În caz de diaree, alimentaţia cu Similac se suspendă, urmînd a se administra dieta prescrisă de medic.

Preparatele Humana se prezintă în mai multe formule, pentru diferite vîrste, ţinînd seama de faptul că laptele matern nu are o compoziţie fixă, ci el se transformă în cursul alăptării, adaptîndu-se nevoilor copilului în diferite faze ale creşterii.

Humana O se administrează la prematuri pînă ajung la greutatea de 2 900 g. Mensura din cutie cuprinde, rasă şi neîndesată, circa 7 g pulbere. Pentru preparrarea a 100 g se pun 2 mensuri rase, neîndesate, la 90 ml apă fiartă în prealabil şi adusă la temperatura călduţă de 50—60° şi se amestecă bine. Nu se pune zahăr în amestec. Aport caloric: 75 cal. la 100 ml.

Peste greutatea de 2 900 g se utilizează **Humana I** care poate fi folosit pînă cînd sugarul ajunge la greutatea de 4 500 g, cu condiţia să aibă şi vîrsta de 2 luni. Humana I se prepară în acelaşi mod ca Humana O, avînd în cutie tot o mensură de 7 g: se pun două mensuri rase, neîndesate de pulbere de Humana I la 90 ml apă în prealabil fiartă şi adusă la temperatura călduţă de 50—60°. Cantităţile folosite sînt de circa 180 g de Humana I preparată în stare lichidă pe kilogram de greutate corporală şi pe zi, împărţit în 5 mese. Exceptează primele 8—10 zile de viaţă ale nounăscutului normoponderal, cînd se administrează progresiv începînd din a doua zi, cu 70 g pe toată ziua împărţit în 6 mese şi crescînd cu 70 g zilnic cantitatea totală pînă cînd se ajunge la 180 ml/kilocorp/zi.

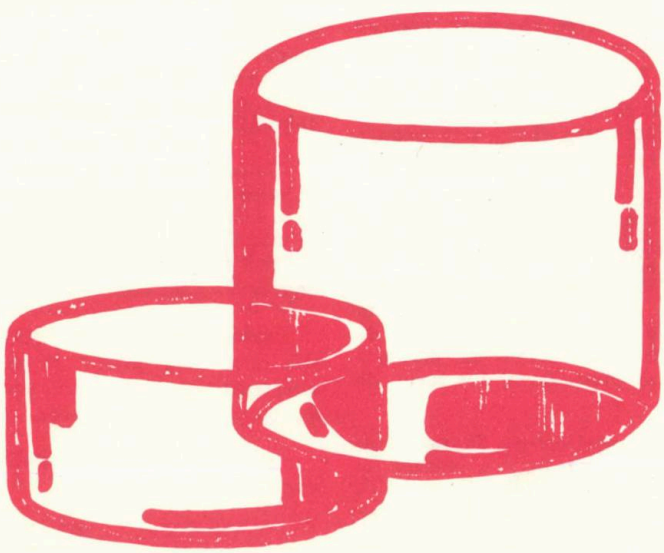
Humana II se administrează din momentul cînd sugarul are greutatea de 4 500 g şi vîrsta de 2 luni împlinite. Trecerea de la Humana I la Humana II se face treptat, prin amestecare, în decurs de două săptămîni. Modul de

preparare este la fel ca pentru Humana I. Cantitatea administrată este de 180 ml/kilocorp/zi. Se poate da pînă la vîrsta de 1 an. Compoziţia sa după preparare se apropie foarte mult de cea a laptelui de femeie definitiv (maturizat). Iată un tabel comparativ:

Lapte de femeie		*Humana II preparat 14%*
Proteine	1,2 — 1,6 g%	1,4 g%
Lipide	3,4 g%	4,2 g%
Glucide (sub formă de lactoză)	6,8 — 7,0 g%	7,3 g%
Calorii	67%	75%

Humana H (Heilnahrung) este rezervat numai realimentării în tulburările digestive, el fiind deci un preparat terapeutic, care nu se administrează sugarului sănătos. Are un conţinut în grăsimi şi în lactoză scăzut faţă de Humana II, conţinînd în schimb glucoză, fructoză, zaharoză şi amidon. Mensura rasă de Humana H conţine tot 7 g. Se prepară la fel ca celelalte produse Humana: 2 mensuri rase neîndesate la 90 ml apă în prealabil fiartă, apoi adusă la temperatura călduţă de 50°.

Dr. Vladimir MIHĂILESCU



Știați că NUCILE...

...datează din cele mai vechi timpuri în Europa și copacul a fost adus din Persia, după descrierea istoricului grec Teofrast?

...cresc într-un copac care s-a bucurat de multă apreciere din partea poporului nostru? Lucru dovedit prin numele dat unor localități ca: Nuci, Nucet etc.

...în miezul lor conțin substanțe grase (lipide) 60—65% dintre care 75,5% sînt formate din acid linoleic, substanță cu efect hipocolesterolemiant?

...în miezul lor mai conțin 18% substanțe proteice de origină vegetală, 13% zaharuri (glucide) și sînt un izvor de vitamine (B_1, B_2, PP, caroten) și minerale (potasiu, fosfor, magneziu, calciu, clor, sodiu, fier)? Iar în nucile verzi se află o cantitate de vitamină C de 4 ori mai mare decît în fructele de măceș și de 40 de ori mai mult decît în sucul de portocale?

...sînt fructe cu o gamă variată de întrebuințări? De pildă: uleiul extras din miezul de nucă servește ca ulei comestibil și este mult mai apreciat în tehnică, tipografii și la prepararea taninului etc.

...în medicină sub formă de ulei de nucă sînt întrebuințate cu succes la combaterea viermilor intestinali (helminților)?

...în arta culinară, dețin un loc important? Miezul de nucă fiind întrebuințat sub formă crudă sau prăjit în cuptor, se folosește la garnisirea prăjiturilor sau în preparate. Iar nucile verzi sub formă fiartă în mult apreciata dulceață.

...în cantitate de 1 kg de miez de nucă verde au valoarea alimentară de aproximativ 5 000 calorii echivalînd cu 1 kg zahăr și 1 kg banane, pe cînd 1 kg de miez din nuci uscate au valoare calorică de aproximativ 7 000 calorii echivalînd cu 1 kg de unt?

...datorită bogăției în grăsimi și celuloză sînt greu digerabile? În cazul consumării unei cantități prea mari, provoacă balonări, dureri abdominale, diaree.

...au 50% parte comestibilă iar restul se aruncă?

ILEANA ȘERBĂNESCU

SĂNĂTATEA ȘI ANUL INTERNAȚIONAL AL FEMEII

O privire istorică retrospectivă arată că „femeia a devenit sclavă înainte de a exista sclavi". Aservirea ei datează de la începuturile istoriei. Condiția femeii, drama existenței ei a răbufnit în diferite momente de-a lungul timpurilor. Recent, în 1967, cu ocazia unor puternice manifestații feministe în S.U.A., lozinca era: nici un popor din lume nu a suferit atîta exploatare ca „sexul slab". De altfel, potrivit afirmațiilor unor autori, procesul istoric care a făcut posibilă aservirea femeii nu este cu totul diferit de cel care a împărțit oamenii în rase, religii, clase, națiuni rivale și care a dus la înstrăinarea ființei umane.

Femeia nu a fost egală cu bărbatul niciodată. În zorile istoriei, viața omului primitiv a fost deosebit de grea. Pentru a putea trăi oamenii au dus o luptă istovitoare cu forțele vitrege ale naturii, cu animalele sălbatice, situație în care vigoarea fizică a fost hotărîtoare. Era fatal ca femeia, mai puțin robustă, dificultată de misiunile ei biologice, să fie întrutotul supusă bărbatului. Dar ea nu s-a bucurat de apreciere ca om nici în societățile matriarhale din perioada neolitică — considerate ca epoci în care femeia se afla într-o situație privilegiată. În acele perioade, contribuția bărbatului la zămislirea copilului nefiind încă cunoscută, femeia a fost venerată ca simbol al genezei, ca o făptură investită cu o „ciudată și misterioasă putere creatoare". Dar tot bărbatul a fost — atunci, adesea și acum — cel care gospodărea satul, stăpînea pămîntul și tot un bărbat, fratele mamei, avea întreaga putere asupra copiilor și a familiei.

Este semnificativ că de îndată ce masculul capătă conștiința rolului său în procreație, el începe să se considere singurul deținător al sămînței vieții, ca atare singurul stăpîn al lumii și proclamă că „femeia nu este decît un receptacul". Această androcrație, concepută în vremurile îndepărtate ale existenței umane, trece ca un fir roșu prin întreaga istorie a omenirii. Astfel, cărțile sfinte ale hindușilor afirmă că „femeia nu este decît ogorul în care încolțesc semințele". Chiar și unii filozofi prestigioși ai antichității au manifestat un dispreț total față de femeie. Ca o sinteză caracteristică a gîndirii lor citățm, din cuvintele lui Aristotel: „Tatăl aduce prin sămînță Ideea, principiul eficient, mama prin sîngele menstrual aduce doar materia... Masculul este prin natura sa destinat să comande femeii". Biserica completează aceste teze făcînd din bărbat „capul familiei", concepție care se păstrează pînă în zilele noastre.

Este de-a dreptul uimitor cum s-au putut menține prejudecățile stridente despre „inferioritatea nativă" a femeii de-a lungul întregului mers al istoriei și încă mai uimitor cum au sărit în apărarea acestor prejudecăți renumiți gînditori și scriitori, uneori și luptători cu vederi progresiste. Astfel, Sylvain Maréchal, precursor al socialismului, a exclus femeia din „Societatea Egalilor". El a redactat în 1801 un proiect de lege care să interzică femeilor să învețe să citească. Același dispreț îl găsim manifestat de marele umanist Erasmus, cînd susținea că „femeia este întotdeauna proastă, orice mască ar lua". Balzac vedea în femeia instruită „un

monstru". Mathilde Niel arată în lucrarea sa intitulată „Drama eliberării femeii" că scriitori contemporani de renume ca André Malraux, André Maurois, Henri de Montherlant şi alţii nu s-au putut elibera nici ei de mitul superiorităţii bărbatului care îl plasează pe acesta în fruntea universului, atribuindu-i ca atare un număr nesfîrşit de privilegii.

Această segregaţie între sexe a constituit şi o sursă constantă de traume fizice şi psihice, ceea ce explică într-o largă măsură îmbolnăvirile frecvente şi uzura precoce a femeii.

Anul 1975, proclamat de O.N.U., Anul Internaţional al Femeii, a constituit şi un protest contra prejudecăţilor şi tradiţiilor perimate, un eveniment epocal nu numai pentru femei dar pentru fiecare om în parte, pentru progresul fiecărui popor; pentru că dacă este adevărat că „nu poate fi liber un popor care subjugă alt popor", se poate afirma că nu poate fi liber nici un bărbat care oprimă o femeie. Libertatea ei — care poate să se bazeze numai pe respectul reciproc şi pe o colaborare necontenită în condiţii de egalitate deplină — asigură în fapt şi libertatea bărbatului, libertatea întregii societăţi. Emanciparea femeii în prezent, mai mult ca oricînd, constituie un imperativ pentru oricare popor care a optat pentru calea dezvoltării.

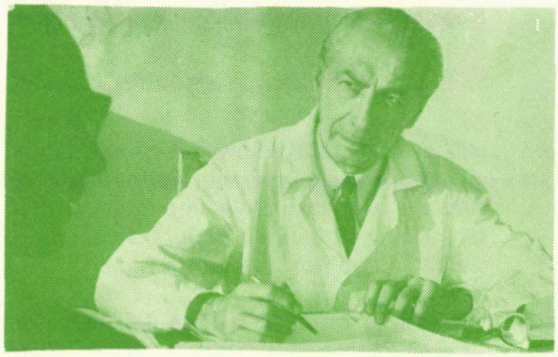
În fiecare perioadă istorică au existat preocupări şi eforturi în scopul ameliorării condiţiei femeii. Ne gîndim astfel la acţiunea hetairelor din antichitate, la creşterea prestigiului femeii în epoca Renaşterii, la lupta sufragetelor engleze, la „feminismul viitorologic" al lui August Bebel, ca şi la atîtea alte manifestări. Pînă în ultimele decenii însă, femeia nu a reuşit să obţină reglementarea prin legi a egalităţii sale. Această reglementare, ca şi crearea condiţiilor practice economico-sociale pentru traducerea în viaţă a drepturilor ei constituie azi o realitate în plin mers în România, în ţările socialiste ca şi într-o serie de ţări avansate.

Este suficient să menţionăm că în Republica Socialistă România femeia se bucură de drepturi egale cu cele ale bărbatului. De asemenea, se bucură şi de o serie de condiţii speciale, printre care menţionăm doar cîteva: concediu prenatal şi postnatal plătit, program redus de muncă pentru alăptare, concediu plătit pentru îngrijirea copilului mic bolnav (pînă la 2 ani), întreruperea activităţii profesionale, fără a pierde continuitatea în muncă, pentru îngrijirea copilului pînă la vîrsta de 7 ani. etc.

Este evident că pentru a putea realiza o nouă aşezare a raporturilor dintre sexe — atît de importantă în viaţa modernă — nu este suficientă emanciparea femeii şi acordarea de drepturi egale în toate compartimentele vieţii, ci este neapărat necesară şi... emanciparea bărbatului, în sensul modificării concepţiilor sale acaparatoare şi suverane asupra vieţii.

Poate că e necesar de precizat în încheiere că acest proces lent, dar ineluctabil, al emancipării depline creează cele mai favorabile condiţii şi pentru promovarea sănătăţii femeii, a bărbatului şi a întregii familii. Într-o ambianţă de consideraţie reciprocă, de întrajutorare, de egalitate, nu numai sănătatea fizică, dar şi cea psihică, în special a copiilor, este favorizată în mod deosebit.

ŞARI PENCIU



PLEDOARIE PENTRU O ODIHNĂ BINE RÎNDUITĂ ÎN FAMILIE

După o zi de lucru, de eforturi fizice și intelectuale, în mod normal capacitatea de muncă scade, atenția și puterea de concentrare se reduc. Se instalează un complex de fenomene care generează acea senzație pe care o numim oboseală.

La sfîrșitul săptămînii, starea de oboseală se manifestă uneori și mai puternic. În esența ei, oboseala constituie un semnal. Ea avertizează că în organism s-au produs anumite modificări, că unele dintre rezervele vitale s-au împuținat. Iată de ce o odihnă rațională, după o zi de eforturi, de încordare sau după o săptămînă de multiple solicitări fizice și mintale, este tot atît de necesară organismului ca și o alimentație corectă.

Dar știm oare să ne odihnim? Știm cum să folosim timpul liber, atunci cînd ne întoarcem în cadrul nostru familial, în căminul nostru?

Mai întîi am dori să precizăm ce este timpul liber în accepția lui științifică. Psihosociologii consideră că, în linii mari, cele 24 de ore ale zilei pot fi împărțite în trei perioade: mai întîi timpul afectat activității profesionale; apoi timpul necesar somnului, alimentației și igienei personale; în sfîrșit, perioada timpului liber, respectiv timpul rămas efectiv la dispoziție după consumarea primelor două perioade amintite. Utilizarea rațională, judicioasă a acestui timp liber are o mare însemnătate pentru refacerea organismului, a capacității de muncă, pentru menținerea și consolidarea sănătății. Însă cum folosim cel mai bine această disponibilitate de timp, pe care, oricît am fi de ocupați, trebuie să știm să ne-o creăm?

Studiile medicale au demonstrat că timpul liber cel mai bine utilizat nu este cel în care „nu facem nimic", ci timpul în care ne odihnim activ. Aceasta înseamnă că pentru a ne recrea, a ne reface puterea de muncă, nu trebuie suspendată orice activitate, ci este necesar să ne lansăm — pentru a spune așa — în preocupări care pretind efort nervos sau fizic diferit, altul decît cel depus în cursul vieții profesionale propriu-zise. Aceasta, spre a utiliza în timpul liber grupele musculare sau

centrii cerebrali care n-au fost solicitați în procesul de muncă obișnuit și a-i lăsa pe cei obosiți să se refacă.

Pentru persoanele cu o activitate predominant intelectuală, se recomandă în primul rînd plimbările, sportul, munca fizică, îndeletnicirile gospodărești. Pentru muncitorii a căror ocupație de bază presupune în special un efort fizic sînt indicate lecturile și spectacolele plăcute, distractive. Desigur că sportul, mișcarea sînt necesare chiar și acelora care efectuează munci fizice intense, după cum și divertismentul intelectual este util oricui. Esențial este ca toate acestea să se petreacă într-un climat favorabil destinderii, reconfortării, pe care cadrul intim familial îl poate cel mai bine oferi.

Înainte de toate trebuie evitate tendințele, deseori manifestate, de a perpetua sedentarismul din timpul muncii, inclusiv cel școlar, de a evita șederea îndelungată în fața televizorului sau la volanul mașinii, ca și vizionarea excesivă a unor spectacole sau manifestări sportive care, în locul destinderii scontate, provoacă uneori noi stări de încordare, o suprasolicitare senzorială. Micul ecran, asimilat rapid în viața de familie, a început să atenteze la rezervele de sănătate și de odihnă ale membrilor ei. Desigur că nu prezența televizorului este de acuzat, ci felul în care noi oamenii știm și sîntem dispuși să-l folosim. Puterea lui de seducție merge în anumite cazuri pînă la a acapara tot timpul liber, indiferent de anotimp, în condițiile ignorării avantajelor oferite de multiple alte posibilități și mai ales ale subestimării formulei celor trei D — dezvoltare, destindere și divertisment. Uneori, folosirea în exces a televizorului nu mai este dictată de interes și satisfacție, ci se datorește rutinei, obișnuinței, iar efectele dăunătoare ale unei atari situații se răsfrîng nemijlocit asupra somnului și sănătății copiilor, asupra randamentului lor școlar.

Folosirea rațională a timpului liber trebuie să răspundă și imperativelor legate de cerințele uriașului avînt al științei și tehnicii, în sensul de a contribui la completarea culturii generale și profesionale.

Demnă de semnalat mai apare o greșeală întruchipată de încercarea de a alunga oboseala, care survine normal după muncă, prin refugiul în consumul abuziv de alcool, cafea și medicamente, sau prin fumat.

Este util ca în special tinerii să înțeleagă necesitatea imperioasă a utilizării raționale a timpului liber, în opoziție cu neajunsurile retrangerii în localuri închise, inundate de fum și de aromele băuturilor alcoolice. „Fugit irreparabile tempus" spunea odinioară marele poet roman Virgiliu, afirmînd cu aceasta un adevăr asupra căruia s-ar cuveni să mediteze mai mult și cei tineri, și cei care doresc să rămînă tineri cît mai mult cu putință.

În modul cel mai stăruitor trebuie reamintit că mișcarea, și în special mersul pe jos, plimbarea în aer liber constituie nu numai un mijloc de cultură fizică elementară, la îndemîna oricui, ci și exercițiul cel mai fiziologic.

Firește, odihna activă nu suplinește odihna pasivă, absolut necesară și cunoscută tuturor — somnul de noapte și repausul de după amiază — ci o completează și contribuie la întărirea efectelor ei binefăcătoare.

În unele familii poate fi întîlnit punctul de vedere curios potrivit căruia odihna activă ar fi indicată unora și interzisă altora. Spre exemplu, o repartizare nejudicioasă a responsabilităților familiale le determină pe unele femei ca, renunțînd la orele sau la ziua lor de odihnă, în unele cazuri chiar la concediul lor anual, să acopere cu „normă întreagă" toate obligațiile casnice. O astfel de „repartizare" impietează nu numai asupra sănătății și capacității de muncă a femeii, ci, datorită epuizării acesteia, se repercutează asupra întregii vieți de familie.

Cînd familia în întregul ei este adeptă convinsă a înviorării matinale, a plimbărilor duminicale, a mișcării în aer liber, a bunei organizări a activității și odihnei, cînd toți membrii ei participă laolaltă la toate activitățile de interes comun și la formele recreative, cînd climatul afectiv este lipsit de tensiuni și oscilații, oferind tuturor liniște, încredere și bucurie, este de așteptat ca efectele favorabile pe planul sănătății, al puterii de muncă și al vieții extraprofesionale să fie vădit superioare.

Odihna activă este practicabilă nu numai în concediu, nu numai duminica, ci în fiecare zi, cu condiția să credem în avantajele gimnasticii de înviorare, să încercăm a înlocui măcar parțial mașina, autobuzul sau troleibuzul cu mersul pe jos, să ne opunem — de cîte ori se ivește cazul — oricărei tendințe din partea copiilor noștri de a se sustrage orelor de gimnastică, iar noi înșine să le oferim modele potrivite în acest sens.

Conf. dr. P. PENCIU

ce trebuie să știm

DESPRE TRANSPIRAȚIA EXAGERATĂ SAU HIPERHIDROZA

Ce este transpirația

În mod normal organismul elimină zilnic 600—1 000 ml transpirație. Secreția este mai accentuată în unele regiuni ale corpului, astfel: plante (tălpi), axile, organe genitale, frunte, pielea capului și palme. Această cantitate poate să ajungă în condiții de efort și temperatură ridicată a mediului înconjurător (mine, industrie metalurgică etc.) pînă la 10 litri pe zi.

Transpirația este utilă mecanismului de termoreglare, deoarece prin evaporarea ei la suprafața pielii scade temperatura corpului. Umiditatea ridicată din mediul înconjurător împiedică evaporarea ei și deci scăderea temperaturii corpului, în schimb favorizează pierderea inutilă de apă și săruri, care poate duce la deshidratarea organismului cu toate consecințele neplăcute, uneori foarte grave. În caz de insuficiență renală transpirația are rol în eliminarea, în mică măsură, a unor substanțe toxice, ca ureea, acidul uric etc. La diabetici prin transpirație se poate elimina compensator glucoză în cantități mari.

Hiperhidroza vine de la cuvintele grecești „*hyper*“ — deasupra, peste și „*hydros*“ — sudoare și înseamnă o transpirație exagerată. Este foarte greu a stabili limita între normal și patologic, deoarece există mari variații individuale.

Hiperhidroza este generalizată sau localizată.

Hiperhidroza generalizată

Poate fi determinată de temperatura ridicată a mediului înconjurător, factori psihici (teamă, emoție, stări de excitație etc.), efort fizic și intelectual, administrarea unor medicamente, boli febrile, intoxicația alcoolică, sarcină, preclimacterium, climacterium, uneori perioada menstruală, boli endocrine (hipertiroidism, diabet, obezitate etc.), cancer etc.

Pielea este umedă, acoperită cu stropi de sudoare și se poate macera la plici (încheieturi) favorizînd apariția infecțiilor sau eczemelor cu microbi sau dermatofiți (fungi, ciuperci) sau a altor dermatoze (sudamina, miliara).

Tratamentul constă în băi generale cu apă caldă și săpun, loțiuni cu oțet aromat diluat, alimentația fără condimente, cafea, băuturi alcoolice, cu lichide moderate etc. De asemenea se recomandă suprimarea tutunului.

Tratamentul medicamentos în general este nesatisfăcător.

Se preferă un tratament etiologic (cauzal) cînd se poate preciza cauza. Cînd aceasta nu poate fi stabilită, se recomandă „preparate antisudorale" pe bază de beladonă (Bergonal, Bergofen), vitamina D_2, vitamina C, Clordelazin etc. În hiperhidrozele emotive se recomandă în doze mici Luminal, Bromoval, Extraveral.

Hiperhidroza localizată

Este provocată de emoţii, ingestia de mîncăruri şi băuturi calde, boli ale sistemului nervos şi neurovegetativ şi, reflex, apare ca urmare a unor poziţii vicioase dureroase ale picioarelor produse de bătături, picior plat, încălţăminte strîmtă, neajustată etc.

În unele cazuri se recunoaşte o predispoziţie familială.

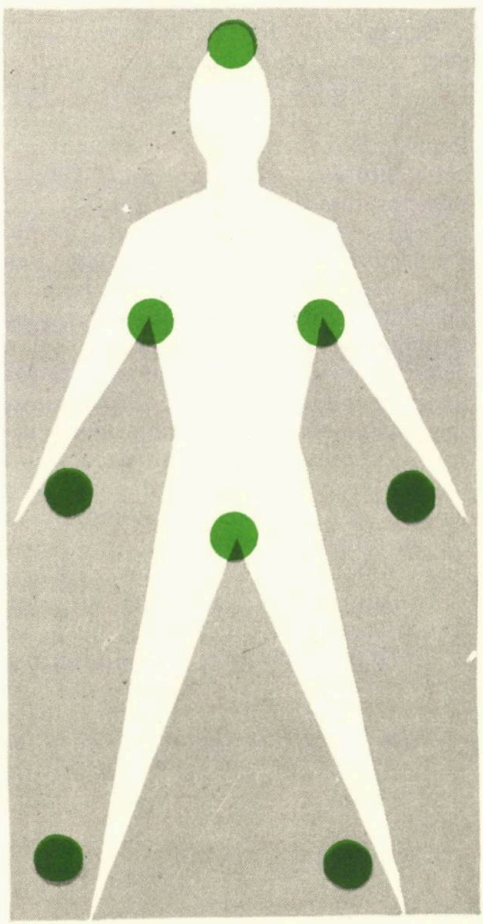
În funcţie de localizare se deosebesc mai multe forme: plantară, palmară, axilară, genitală etc.

Hiperhidroza plantară este cea mai frecventă şi se traduce printr-o transpiraţie abundentă, urît mirositoare a plantelor şi spaţiilor interdigitale. Tegumentele sînt umede, roze, în unele cazuri macerate, iar în timpul mersului prelungit se produc fisuri, uneori adînci, sîngerînde şi dureroase. Afecţiunea favorizează dezvoltarea microbilor, ciupercilor şi apariţia degeraturilor. Ea degradează ciorapii şi încălţămintea.

Hiperhidroza palmară este mai rară şi se observă de obicei la tineri şi la persoanele emotive. Pielea palmelor este umedă şi împiedică pe bolnavi în exercitarea diferitelor profesiuni.

Hiperhidroza axilară este mai frecventă la femei şi se caracterizează printr-o secreţie sudorală abundentă, alcalină, adesea mirositoare, declanşată de emoţii sau fără o cauză aparentă. Ea predispune la apariţia infecţiilor, a unor dermatoze microbiene sau cu ciuperci. În plus, ea păteză şi degradează îmbrăcămintea în regiunea respectivă.

Hiperhidroza genitală este de asemenea frecventă, adesea mirositoare şi uneori are legătură cu un dezechilibru neurovegetativ sau cu diferite boli nervoase (tabes, mielite, siringomielie). Afecţiunea favorizează dezvoltarea microbilor şi a ciupercilor, care produc diferite eczeme sau infecţii locale.



Hiperhidroza feţei şi a pielii capului este asociată de obicei cu seboreea (secreţie exagerată de sebum) din care cauză mai este numită şi hiperhidroză uleioasă.

Osmhidroza — bromhidroza

Osmhidroza vine de la cuvîntul grecesc „osme" care înseamnă miros şi este o hiperhidroză localizată însoţită de un miros neplăcut perceptibil. Bromhidroza vine de la cuvîntul grecesc „bromus" care înseamnă fetid şi este o hiperhidroză localizată, urît mirositoare. Ea este localizată de obicei la plante, axile şi organele genitale. Hiperhidroza este produsă de glandele sudoripare ecrine, iar mirosul neplăcut se degajă de la secreţia glandelor sudoripare apocrine şi alţi factori. Secreţia sebacee, descompunerea celulelor superficiale ale pielii, mai ales în prezenţa hiperhidrozei, eliminarea crescută de amoniac şi de acizi volatili urît mirositori, descompunerile produse de ciuperci şi bacterii etc. contribuie la mirosul neplăcut al transpiraţiei. Osmhidroza se poate transforma în bromhidroză prin acţiunea bacteriilor care descompun materiile organice din sudoare, cu eliminare mărită de amoniac şi acizi volatili urît mirositori. Acest fenomen are loc mai ales cînd transpiraţia persistă local datorită unei evaporări deficitare.

Tratamentul general este acelaşi ca în hiperhidroza generalizată şi cu aceleaşi rezultate nesatisfăcătoare.

Tratamentul local constă dintr-o igienă riguroasă locală şi folosirea a diferite medicamente. Igiena locală este utilă dar nu poate rezolva problema chiar cînd se folosesc săpunuri cu substanţe antiseptice. Medicamentele folosite sînt dezodorizante şi antisudorale (anhidrotice).

Dezodorizantele sînt produse folosite numai pentru anularea sau atenuarea mirosului transpiraţiei, fără să poată diminua cantitatea ei. Unele au acţiune mixtă, adică şi antisudorală — proprietate care măreşte acţiunea dezodorizantă. Preparatele dezodorizante au în compoziţia lor un antiseptic datorită faptului că mirosul dezagreabil al transpiraţiei este dat de descompunerea bacteriană. Ele mai conţin substanţe chimice care absorb sau descompun substanţele mirositoare şi oleuri aromatice care maschează mirosul neplăcut al transpiraţiei. Unii detergenţi (Bromocetul) sînt indicaţi ca dezodorizanţi pentru acţiunea lor bactericidă (de a omorî bacteriile).

Substanţele dezodorizante mai active sînt: Urotropina, formolul, sărurile de oxichinoleină, Cloramina, Hexaclorofenul, Clorofila, corpurile aromatice, Neomicina etc.

Urotropina este activă deoarece în prezenţa transpiraţiei produce formol care este antiseptic, astringent, antisudoral, din care cauză este indicată mai ales în bromhidroză sub formă de loţiuni alcoolice, pudre sau creme hidrofile în concentraţia 1—5 g%.

Formolul se foloseşte în băi, soluţii sau creme hidrofile în concentraţii 10—30 ml %.

Sărurile de oxichinoleină, în special sulfatul sînt bactericide şi astringente şi deci au o bună acţiune dezodorizantă. Se folosesc în loţiuni, pudre sau creme în concentraţii 1—4 g %.

Cloramina este activă prin eliberarea de clor care este antiseptic şi dezodori-

zant şi se foloseşte sub forma de loţiuni sau pudre în concentraţia 1—3 g %.

Hexaclorofenul reduce progresiv flora microbiană cutanată prin acţiunea lui bacteriostatică şi bactericidă, dar nu toate bacteriile sînt sensibile la acţiunea lui. Se încorporează în concentraţie de 1—3% în diferite produse cosmetice ca: apă de colonie, loţiuni, creme, şampoane, săpunuri etc. la care se adaugă şi parfum.

Clorofila are o bună acţiune dezodorizantă, se încorporează în pudre, şampoane, apa de colonie, săpunuri etc. în concentraţia de 0,5—1 g %.

Corpurile aromatice (camfor, timol, mentol) sînt dezodorizante prin acţiunea lor bactericidă şi prin substituirea şi mascarea mirosului sudoral.

Neomicina (negamicina) este un antibiotic cu spectru larg, cu acţiune dezodorizantă, datorită acţiunii bacteriostatice. Se foloseşte în pudre cu bicarbonat de sodiu şi în creme hidrofile în concentraţia de 1—3%.

Ca mijloace complementare se recomandă corectarea ortopedică a piciorului plat, remedierea bătăturilor, ajustarea încălţămintei, eliminarea din folosinţă a ciorapilor de material plastic, restabilirea pH-ului cutanat (în medie 5,5) prin băi călduţe acide şi tratamentul infecţiilor şi epidermomicozelor asociate.

Hiperhidroza axilară poate fi rezolvată prin excizia unei suprafeţe de piele (1,5/4 cm) cînd se ridică majoritatea glandelor sudoripare.

Ionoforeza cu formol (5—10 g%) este utilă în hiperhidroza palmo-plantară şi axilară.

Radioterapia superficială, mult controversată, proscrisă sau recomandată cu multă prudenţă, este considerată de unii autori ca cea mai eficace şi cea mai raţională metodă de tratare a hiperhidrozei localizate şi a bromhidrozei. Ea produce o atrofie a glandelor sudoripare, care sînt foarte sensibile la razele X, mai ales în cazul hiperhidrozei.

Cromhidroza

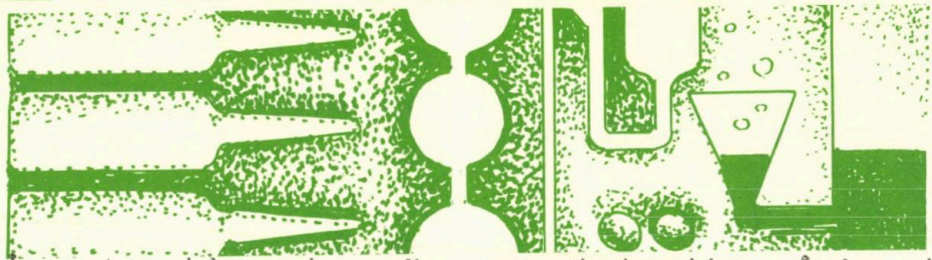
Este o hiperhidroză colorată, de obicei galbenă, dar poate fi brună, cenuşie, roză, verzuie, albastră sau neagră. Cromhidroza apare intermitent şi poate fi declanşată de diferiţi stimuli emoţionali ca: supărarea, frica, agitaţia sau bucuria. Este mai frecventă în timpul verii. Coloraţia s-ar datora pigmentului denumit lipofuscină conţinut în secreţia glandelor apocrine. Sediul de elecţie este fruntea, unde se găsesc glande apocrine ectopice (localizare anormală).

Cromhidroza adevărată este mai rară decît pseudocromhidroza, care este o dermatoză colorată, culoarea fiind produsă de ciuperci, de bacterii cromogene sau de îmbrăcăminte.

Tratamentul cromhidrozei este nesatisfăcător. Unii recomandă un tratament chirurgical, care constă în extirparea tegumentelor din zona respectivă. Pseudocromhidroza impune măsuri viguroase de igienă, topice locale, antibacteriene şi antifungice şi utilizarea de îmbrăcăminte confecţionată dintr-un material care să nu cedeze colorantul în contact cu transpiraţia.

Dr. docent **ARISTOTEL POPESCU**

CUM IA NAȘTERE UN MEDICAMENT



În cercetarea și descoperirea medicamentelor s-au înregistrat succese nebănuite în ultima sută de ani. Acestea se reflectă în creșterea vîrstei medii la oameni și în scăderea mortalității infantile, precum și în reducerea duratei de spitalizare a bolnavilor.

Dacă în trecut cercetarea în domeniul medicamentelor era dusă individual, cu mijloace incomparabil mai puțin dezvoltate decît în prezent și după criterii dominate mai mult de empirism decît de logica științifică, astăzi cercetarea medicamentului reprezintă o muncă în colectiv cu aspect foarte complex, la baza căreia stau studii sistematice și cunoașterea perfectă a nevoilor terapeutice, precum și a perspectivei de viitor a medicamentelor studiate. Datorită concurenței acerbe pe piața internațională și a așa-zisei mode a unor medicamente, aspectele de ordin material sînt factori importanți ca să justifice în Occident începerea cercetărilor. La realizarea unui medicament nou colaborează astăzi colective mari de cercetători din cele mai variate domenii ale științei: chimiști, biologi, medici, farmaciști, biochimiști, farmacologi, microbiologi, ingineri etc. a căror activitate este coordonată de un for central de cercetare. Metodele de lucru sînt sinteza, extracția și semisinteza. În faza primă de laborator sînt realizate cantități de ordinul gramelor, apoi în scopul experimentării se trece la faza pilot, unde se pot obține cîteva kilograme din produs necesare experimentărilor farmacologice și clinice. Abia după rezultatele experimentale obținute se trece la faza industrială. Pînă la această fază pot trece 5—6 ani, iar cheltuielile materiale se ridică la 7—8 milioane de dolari pentru un produs nou. Se știe azi că pentru realizarea unei substanțe medicamentoase noi este necesar să se trieze 5—10 mii de feluri de molecule din care, la prima vedere a eficacității și toxicității acestora, rămîn vreo 1 500 care, la rîndul lor, sînt reduse la aproximativ 30 în urma studiilor farmacologice detaliate, pentru ca după cercetarea toxicității cronice și după experimentarea clinică să rămînă o singură substanță.

Răspunderea care le revine acelora care autorizează punerea în circulație a unui medicament nou este deosebit de mare. Mai ales că în ultimii 10 ani s-au descoperit din ce în ce mai multe efecte secundare ale medicamentelor; acestea au culminat prin efectul teratogen constatat la Talidomidă în urma căruia s-au născut cîteva mii de copii cu diverse malformații

ale membrelor superioare și inferioare, fiindcă mamele lor luaseră în perioada sarcinii din acest tranchilizant.

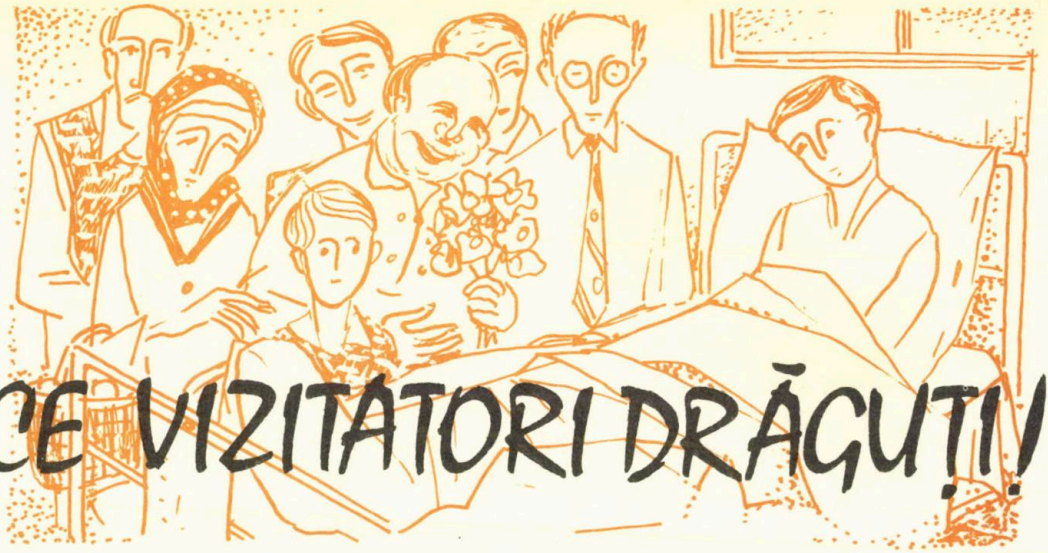
Din aceste motive, după stabilirea efectului farmacologic pe animal urmează stabilirea toxicității acute care se efectuează pe șoareci sau șobolani și se exprimă în doza totală DL_{50}, care reprezintă doza la care jumătate din animalele de experiență mai rămîn în viață. După această triere se examinează efectul terapeutic al medicamentului mai detaliat pe organele izolate, resorbția, acumularea și eliminarea din organismul animal, folosindu-se de obicei în acest scop atomii radiomarcați. Apoi se cercetează acțiunea teratogenă pe șobolani, iepuri și cîini, precum și toxicitatea cronică pe diverse organe și sisteme: ficat, rinichi, sînge. Abia după această probă se trece la experimentul clinic, care se efectuează în trei etape.

Prima etapă constă în administrarea medicamentului sub forma farmaceutică înainte studiată: comprimate, fiole, supozitoare etc. la cîțiva voluntari sănătoși spre a se urmări o primă imagine asupra resorbției și toleranței substanței. Apoi se trece la experimentarea propriu-zisă, pe bolnavi, urmărindu-se pe baza unor teste obiective efectul lor asupra organismului, pe baza unor protocoale de experimentare bine chibzuite care să răspundă cît mai complet la criteriile ce atestă eficacitatea și inocuitatea substanței respective. Uneori, se efectuează cercetări comparative cu o substanță de referință sau cu un *placebo*, adică un preparat care are același aspect cu medicamentul, dar este total inactiv. Uneori, acest examen se face fără ca medicul sau bolnavul să știe care este preparatul conținînd substanța medicamentoasă, așa-numită experimentare clinică „dublu orb". Acest mijloc permite excluderea unor aprecieri subiective din partea bolnavilor și a medicilor și garantează obiectivitatea cercetării. Această etapă include un lot mare de bolnavi al cărui număr se ridică la cîteva sute în mai multe clinici de specialitate și reprezintă, de fapt, etapa decisivă în admiterea unui medicament nou în circulație. Etapa a 3-a se efectuează la 2—3 clinici de specialitate pe un număr restrîns de bolnavi și se urmărește numai verificarea rezultatelor din etapa a 2-a.

Un mare rol în cercetarea unui medicament nou revine și controlului chimic analitic al acestuia. Stabilirea structurii exacte a substanței, caracteristicile fizico-chimice, cum ar fi identitatea, puritatea, determinarea cantitativă, conținutul în apă, reziduu la calcinare, spectrele în ultraviolet și infraroșii, punctul de topire, controlul formei galenice sînt parametrii care vor servi la controlul curent al producției viitorului medicament.

Atît metodele de preparare: sinteza, extracția și semisinteza, precum și metodele de control, se perfecționează într-un ritm uimitor, în pas cu progresele uriașe care se înregistrează și în alte domenii tehnice, așa că se poate afirma cu certitudine că nu este departe ziua cînd se vor descoperi și remediile bolilor care azi încă nu și-au găsit tratamentul eficace, cum ar fi cancerul, bolile virotice, ateroscleroza și reumatismul cronic, care în competivitatea care există între om și agenții patogeni reprezintă încă și astăzi un pericol pentru sănătatea omului.

Dr. farmacist IOAN CRUCEANU



CE VIZITATORI DRĂGUȚI!

Mi-am fracturat un picior. N-am să spun că a fost un accident stupid. Chiar cînd ne accidentăm fiindcă traversăm strada făcînd slalom printre mașini, toți spunem așa: a fost un accident stupid. Poate că, fără să vrem, ne facem autocritica.

Fractura nefiind o boală propriu-zisă, am avut norocul să fiu vizitată la spital de colegele și colegii mei de la serviciu. Bineînțeles, numai în zilele de vizită... și, în afara lor, numai în zilele cînd portarul își simțea inima scăldată subit într-un val de duioșie în fața stăruinței vizitatorilor.

Așa că nu m-am plictisit deloc. Zilnic s-au perindat pe lîngă patul meu oameni binevoitori, voioși și plini de optimism, care nu și-au precupețit nici un efort ca să-mi ridice moralul și să mă înveselească. De cum intrau în salon, începeau cu toții să mă încurajeze.

„Vai, dragă, dar arăți splendid! Probabil că te-ai fardat înainte de venirea noastră".

„Să nu exagerăm. Splendid nu arăți. Dealtfel nici nu se mai poate după o anumită vîrstă. Dar arăți odihnită. Se vede că-ți prieste spitalul".

„Ce-ți face picioruşul? Tot rupt, tot rupt? Sau a început să se sudeze osișorul?"

„Ah, ce zăpăcit sînt! Cu gîndul la săraca mătușă-mea care e hrănită artificial, am uitat că tu ai voie să mănînci portocale și nu ți-am adus. la în loc țigările astea. Au ambalaj portocaliu".

„Păcat că nu te-ai îmbolnăvit de stomac. Te-aș fi recomandat doctorului Paul, care mi-e prieten. E formidabil, tu. Seamănă leit cu Garry Cooper cînd era tînăr".

„Capul sus! Am auzit că acum, cu explozia asta tehnico-științifică, se fac niște proteze extraordinare".

„Tu nu asculta ce spune el, că vorbește aiurea. N-o să ai nevoie de nici o proteză. Și chiar dacă o să ai n-o să se vadă, fiindcă o să porți pantaloni și gata".

„Cum dracu ți-ai rupt piciorul, bă aceasta? Acum cu ce-ai să mai scrii? Hă, hă, hă!"

„Pe mine să mă scuzi, scumpo, că nu ți-am adus flori. Eu sînt prozaică, dar practică. Ți-am cumpărat un baston. Știi, pentru perioada de convalescență. Fiindcă o să trebuiască să înveți din nou să mergi. Ca bebelușii. Vai, ce drăguță o să fii! Abia aștept să te văd".

«Dacă ai nevoie de o grefă... Ce te sperii așa? Citrice din alea galbene, dragă. Îți aduc eu de la Alimentara. Am văzut un afiș pe geam: „Avem grefe"».

„Ai dureri? Nu? Mi-am închipuit eu. Pe mine nu mă duci. Ai vrut să chiulești de la serviciu ca să nu pleci pe teren.

Ce, parcă nu se poate turna ghips și peste un picior sănătos? Dar n-avea grijă, că nu te spun".

„Tu să fii sănătoasă, dar dacă ai să te pensionezi pentru invaliditate, vorbesc eu cu verișoara mea de la oficiu".

„Am auzit că ești asigurată la ADAS pentru accidente. Fericito! Trebuie să dai o masă dacă... pardon, cînd ieși din spital".

„Nu trebuie să te sperii, dar să știi că ai cam slăbit. Nu plec pînă nu mănînci cîrnații ăștia. Data viitoare îți aduc și un sfert de șliboviță. Ce bucurie mai ai de la viață dacă nu te poți mișca? Măcar să bei și să mănînci".

„Ei, acum plecăm. Dar mai venim noi, că e timp destul. Cu fracturile astea, chiar dacă nu se ivesc complicații, nu știi niciodată cît stai în spital".

Ce oameni drăguți! Dacă acum sînt din nou bine, asta este și datorită lor, că mi-au ridicat moralul. Dar cel mai mult m-a ajutat fetița uneia din colege. În timpul unei vizite, auzindu-i pe oamenii mari cum mă încurajează, ea mi-a spus:

— Lasă că te faci tu sănătoasă și o să jucăm împreună șotron. Vrei?

— Sigur că vreau, sufletelule, i-am răspuns emoționată. Numai să pot.

— Ai să poți, a zis ea. La șotron sari doar într-un picior. Nu-ți trebuie două.

VERONICA BERTOLI

Mic dicționar aproximativ umoristic

Anestezie = intervenție datorită căreia chirurgii scapă, în timpul operației, de sfaturile pacienților.

Bacil = virgulă care poate pune punct vieții.

Canibal = unul care mănîncă cîini.

Dentist = un prestidigitator care îți pune metal în gură și îți scoate monede din buzunar.

Eczemă = una care nu-și mai încape în piele.

Fenomen de respingere = atitudine birocratică a organismului.

Herpes = cel care te lasă cu buzele umflate.

Înec = maladie cauzată de apă.

Jeg = epiderma unora.

Longevitate = prelungire neobișnuită a fricii de moarte.

Medicină = serviciu de reparații care lucrează fără piese de schimb.

Nepotism = boală care se moștenește din unchi în unchi.

Ochelari = grandomani.

Oreion = ouă trase de urechi.

Ospăț = originea bicarbonatului de sodiu.

Radiografie = interviu luat pe dinăuntru.

Senil = defunct înainte de deces.

Strănut = gripă cu claxon.

Termometru = liftul temperaturii.

Ventuză = pahar care se bea cu spinarea.

Y. B.

Vreau și eu un bon

— Alo, ești policlinica?
— Da.
— Vreau și eu un bon.
— Pentru ce?
— Cum, pentru ce? Primiți și fără bon?
— Întrebam pentru ce anume? La ce cabinet vreți să mergeți?
— De unde să știu? Eu sînt bolnav.
— Ce aveți?
— Nu știu. O să-mi spună doctorul.
— Ce doctor?
— Care-o să mă vadă.
— Unde?
— Nu ești policlinica?
— Ba, da. Sînt policlinica.
— Atunci de ce mă întrebi unde-o să mă vadă doctorul? Doar n-o să-i dau întîlnire în Cișmigiu.
— Întrebam la ce cameră vreți să fiți văzut.
— Mi-e indiferent. Din partea mea poate să fie și o sală de popice.
— Glumiți?
— Dacă în halul în care mă simt credeți că îmi arde de glume, vă înșelați. Dumneavoastră îmi puneți tot felul de întrebări absurde.
— Nu sînt absurde, sînt profesionale. Și vă rog să fiți mai scurt.
— Sînt foarte scurt: v-am cerut un bon.
— Unde?
— Acolo, la policlinică. Am dreptul sau n-am dreptul la o consultație?
— Aveți, dar nu pot să vă eliberez bonul dacă nu știu unde vreți să mergeți. De unde să știu ce număr să vă rețin?
— E foarte simplu: numărul care urmează.
— Unde?
— Vă bateți joc de mine? Asta nu-i o atitudine cetățenească.
— Nici dumneavoastră nu aveți o atitudine cetățenească din moment ce nu-mi răspundeți clar. Pentru ce doriți acest bon?
— Pentru consultație.
— Perfect. Pentru ce fel de consultație?
— Medicală.
— Perfect. Ce specialitate?
— De unde să știu? Eu sînt bolnav și ca orice bolnav vreau un bon. Și dumneata ești obligată să-mi dai numărul care urmează.
— Nu există număr care urmează în general...
— Vreți să spuneți că pînă la ora asta nu s-a înscris nimeni?
— S-au înscris, tovarășe, s-au înscris foarte mulți bolnavi, dar nu la un singur cabinet, ci la toate...
— Foarte bine. Înscrieți-mă și pe mine la toate...
— Cum, la toate?!
— Ca pe ceilalți.
— Ceilalți s-au înscris la cîte un cabinet. Cel mult la două...
— N-ați spus că s-au înscris la toate? Sînteți formidabilă! Moare omul lîngă telefon și dumneavoastră vă țineți de goange...
— Vă rog să nu mă insultați. V-am întrebat ce fel de bon doriți...
— Aveți de mai multe feluri?
— Da.
— De care?
— Depinde de afecțiunea pe care o aveți.
— Și cum pot afla ce afecțiune am?
— După simptome.
— Astea ce mai sînt?
— Semne. Diverse semne de boală.
— Și dacă vă spun semnul îmi reținеți bonul?
— Sigur. Am un punct de reper. Vă ascult.
— Am visat-o pe soacră-mea, dumnezeu s-o ierte, azi noapte. Mi-a propus să facem schimb de locuință. Dacă nici ăsta nu-i semn.... Alo, alo...
— Alo, da.
— Ești policlinica?
— Da.
— Cu dumneavoastră am vorbit acum două secunde?
— Nu. Colega mea a leșinat. Ce doriți?
— Vreau și eu un bon.
— Pentru ce?
— Cum, pentru ce? Primiți și fără bon?
— Întrebam pentru ce anume. La ce cabinet vreți să mergeți?... (etc. etc. etc.).

Rodica Tott

EPIGRAME

Unui medic, care zice că-i pe teren

Umblă-aşa, hai-hui;
Asta-i... boala lui.

Unui doctor epigramist

Înţepi uşor în epigramă
Dar cu seringa... mamă, mamă!

Unui doctor de piele... „costisitor"

El după ce mi-a vindecat-o
(Nu tocmai bine)
Imediat a şi luat-o
De pe mine.

Tot unui dermatolog,

O spun fără şovăire:
Nu-i grozav cum se spunea,
Fiindcă, din nefericire,
L-am probat... pe pielea mea.

Unui chirurg

Cincinat socot că are
C-un chirurg asemănare;
Amîndoi, precum se ştie,
Au tăiat în carne vie!

Unui chirurg militar epigramist

Aşa e de cînd îl ştiu
(Deşi nu sînt pus pe sfadă),
General în bisturiu,
Dar şi cavaler de spadă!

Unui pacient, în tratament

Pe medic, el ar vrea s-asculte,
Să nu mai bea „lichide" multe;
Dar e căldură mare, vere,
Şi lui i-e greu să se des-bere...

Unei dentiste

Eu i-aş da cununi de laur
Pentru mîna ei de aur
Ce mi-a dat prin ani să am
Amintiri de amalgam!

VICTOR HÎLMU

TRATAMENT

Nu îl cunoaşteţi personal,
Dar îl cam ştiţi, în general;
Cu nasul roşu, ofilit,
Pare demult îmbătrînit.
De-o vreme-ncoace, cum s-ar spune,
El simte-o mare slăbiciune;
N-are nici poftă de mîncare
Şi nici de lucru, poftă n-are.
La prînz el nu ia mai nimic:
I-ajunge cîte-un mizilic,
Stropit din plin de-un pivnicer
De la bufetul din cartier.
Şi nu de mult, i s-a-ntîmplat
Un accident neaşteptat:

Căzuse chiar în faţa porţii
Şi se dădea de ceasul morţii,
Dacă un doctor nu venea.
Şi doctorul i-a spus aşa:
— Să faci de patru ori pe zi
Tot ce-o să-ţi recomand aci:
Îţi trebuie întîiaşi dată,
O viaţă foarte regulată.
Apoi, să faci, ascultă bine,
Un tratament cu vitamine;
Deci, pentru-a cîştiga putere,
Ia zilnic drojdie de bere!
Iar dacă mai consumi alcool,
Precis că intri la... subsol.
Şi omul nostru s-a schimbat
De cînd pe vraci l-a consultat,
Fiindcă l-a urmat în toate
Cu multă conştiinciozitate:
Nu se mai ţine de scandaluri
Şi-atunci cînd intră în localuri,
În mod extrem de regulat
(Aşa cum i-a recomandat)
De patru ori pe zi, el cere
O drojdie şi-apoi o bere.

VICTOR HÎLMU

PRECOCITATE

Lucica avea numai cinci anişori
şi doi frăţiori
mai mici decît ea.

Ieri, cum şedea
privind pe fereastră de la etaj,
văzu, într-un splendid viraj,
o barză lăsîndu-se lin
pe blocul vecin.

— Vezi, începu naiva bunică,
barza asta voinică
aduce copiii prin case
în cioc, înveliţi în mătase,
şi-i aşază pe pat, lîngă mamele lor.
Lucica ridică din sprîncene uşor:
— Da' unde-i ţocanu'?
— Care ciocan?
— Cu care sparge tavanu'
ca să intre în casă.
Bunica îi răspunse:
— Lasă!
— Da' unde-i farfeţele, bunică?
Bătrîna îngheţă de frică:
— Ce foarfece? Ce tot vorbeşti de pomană?
— Cu care face doctoru' ţezariană,
Te, nu ştii că taie?

Bunica fugi din odaie...

ANDREI CIURUNGA

COȘMARUL UNEI VOCALE

Bietul „i“ căzu bolnav
Că, fiind mai mititel,
Cum era ceva mai grav
Toți puneau punctul pe el.

Stă la pat, suflînd din greu
Și scîncește, în coșmar:
— Ce n-aș da să fiu și eu
Un „I“ mare, de tipar!

FABULĂ... LA ODIHNĂ

Iubitor nevoie mare
De ozon, de brazi, de soare,
Leul a descins mai an
Într-un peisaj montan
La o vilă, cum să spui,
Mai așa, de nasul lui.
Ceilalți vecini ai săi
De prin multele odăi,
Nemaivrînd și-aici să știe
Ce e aia ierarhie,
Îl tratau astfel, încît
Îi ziceau „Noroc!“, și-atît,
Treabă care, vezi matale,
Nu-i plăcea domniei sale!

Iată însă că-ntr-o zi
Coana Vulpe îl zări
Și-ncepu, așa, pe stradă,
Să se gudure din coadă:
— Vai, ce frunte luminată!
Și ce ochi! Figura toată,
Vorba, gestul, comportarea,
Vă trădează... încadrarea!
Vreau să știu atît și punct:
Sînteți Leu sau... Leu-adjunct?

Iar distantul animal
Chicoti baritonal:
— Lasă, zău, că și mata
Mă uimești, pe cinstea mea!
Mi-ai plăcut de prima dată
Că ești vulpe... platinată
Și ți-o spun fără-ndoială:
Cred că ai și-un pic de școală!

Ce-a urmat, nu este greu
De ghicit: stimatul Leu
S-a întors la slujbă iară
Și cu vulpea... secretară!

SOLUȚIE

„Nu ai inimă!“, i-a spus
Un mai-mic cam nesupus.

„Nu ai inimă nici pic!“
I-a mai zis cîte-un amic.

„Fără inimă ești sloi!“
S-au răstit la el vreo doi.

„Fără inimă n-ai viață“
I-au strigat mai mulți în față.

Și de-o vreme, supărat,
Cînd e astfel asaltat,

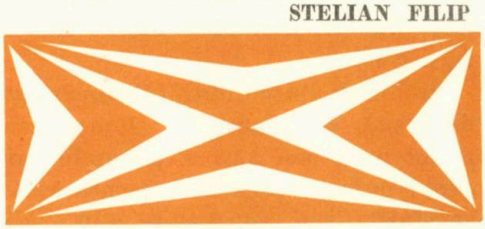
Se dezbracă și arată
O inimă... tatuată!

FABULĂ PE UN GARD

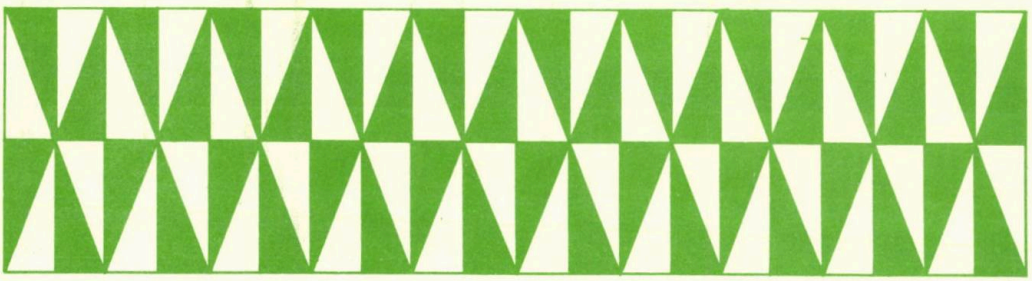
Tigva, seaca,
Șade, iaca,
Pe un gard de mărăcini
Pus hotar între vecini.
Țeasta, vrejul
și gîtlejul
Atîrnînd de-un clenci de creangă,
Îi dau aer de talangă.
Și cum vîntu-n gol o plimbă
Dintr-o dată prinde limbă:
— Hei, tu, lume
De legume,
Zarzavaturi
Și-alte straturi!
Caută-ncoace și notează:
Printre toți sînt cea mai brează
Că nu-i nimeni în mulțime
Să-mă-ntreacă ... la-nălțime!

Presimțind, lîngă pîrleaz,
Că-i dă sîngele-n obraz
Dacă stă s-o mai audă,
Un harbuz crăpă de ciudă
Și-i răspunse: — Mda, se poate,
Dar stai prost la... greutate!

STELIAN FILIP



APITERAPIA
TRECUT ȘI VIITOR



O pictură rupestră dintr-o peșteră din regiunea Valencia — Spania — considerată veche de 25 000 de ani este în prezent „documentul" cel mai vechi privind recoltarea mierii de către om.

Apiterapia — tratamentul bolilor cu ajutorul produselor apicole — este cunoscută mai bine din antichitate, cînd medicii vremii: Hipocrate și mai tîrziu Galen (sec. II—III e.n.) au citat și utilizat rodul muncii albinelor în folosul medicinei umane.

Vestitul lăptișor de matcă este cunoscut abia mai „recent": în 1672 îl semnalează Swammerdam.

Studiul multilateral al vieții albinelor a adus în ultimii ani premiul Nobel profesorului dr. Karl von Frisch, iar un alt laureat al premiului Nobel, prof. dr. Butenandt, a descoperit în lăptișorul de matcă, în 1957, o substanță necunoscută pînă atunci în alte produse naturale: acidul 10 oxi Δ_2 decenoic.

Produsele apicole obținute din munca neobosită a modestelor albine, prin prelucrarea mai ales a polenului, pe care-l putem considera „esența vieții vegetale", sînt constituite din substanțe în majoritate cu moleculă mică, biologic active.

Țara noastră are vechi tradiții apicole, fiind exportatoare de miere și ceară de peste două milenii. În prezent are peste un milion de stupi — „zestre" deținută de puține țări din lume — și un combinat apicol cu o producție anuală de peste 100 de milioane de lei. Sediul Apimondiei ființează la București, cu un președinte român: Prof. Dr. Ing. V. Harnaj, cu un Institut Internațional de Tehnologie și Economie Apicolă și Editura sa cu sediul în capitala țării noastre.

Mierea simbolizează munca neobosită a albinelor, care pentru 1 kilogram trebuie să culeagă polen din 2—6 milioane de flori. Mierea conține în medie: glucide 70—75% — din care glucoză 30—36% și fructoză 39—42%; apă 16—18%, dextrine 4,76—10,34%, precum și cantități mai mici de: zahăr neinvertit (zaharoză, maltoză etc.), acizi organici (formic, lactic, gluconic etc.), proteine și peste 20 de acizi aminați, din care 50—60% prolină; enzime (invertază, catalază, peroxidaze, lipaze etc.); vi-

tamine, mai ales din grupul B (B_1 — B_{12}), substanțe minerale, peste 15 elemente (potasiu, calciu etc.), acetilcolină și alte numeroase substanțe biologic active.

Proprietățile antiseptice ale mierii erau cunoscute din antichitate, mai ales de către greci — care au conservat cadavre în miere — ca și de egipteni. Corpul lui Alexandru Macedon a fost adus din Asia conservat în miere, după cum s-a descoperit cadavrul unui copil egiptean conservat tot în miere. În prezent unele triburi din Africa utilizează mierea pentru a păstra carnea. Studii bacteriologice recente au arătat că mierea, în concentrație mai mare de 10%, inhibă numeroși germeni patogeni.

Noile perspective de asociere a mierii cu alte produse naturale sau cu medicamente reprezintă tot atîtea contribuții noi la însănătoșirea bolnavilor cu cele mai diferite maladii.

Lăptișorul de matcă, produs de glandele faringiene ale albinelor doici — din a 5-a pînă în a 15-a zi din scurta lor viață de circa 35 de zile — este destinat alimentației tinerelor larve și mai ales a celor de matcă, de unde și denumirea lui. El se prezintă ca o pastă consistentă, de culoare alb-gălbuie, cu miros aromat și gust arzător și astringent, este parțial solubil în apă — circa 10%. El are un pH = 3,5—4,5, asemănător cu al sucului gastric.

Vitaminele prezente sînt mai ales din grupul B, cu predominența acidului pantotenic, care după unii autori s-ar găsi aici în cea mai mare concentrație față de oricare alt produs natural. Dintre alte substanțe cu rol biologic important și în terapeutică fac parte și: acetilcolina, pteridina, hormonul gonadotrop, un antibiotic cu formula chimică brută $C_{10}H_{18}O_3$, substanță nou descoperită, derivat al acidului decenoic etc.

Efectele lăptișorului de matcă în cazul infecțiilor se explică prin acțiunea sa antibiotică asupra unor germeni ca: Escherichia coli, Stafilococul auriu, Salmonella. Unii autori vorbesc chiar și despre o acțiune asupra bacilului tuberculozei, care în ultimii ani pare a deveni rezistent la unele antibiotice cu care a fost „tratat" timp prea îndelungat.

Acest produs apicol cu mare activitate biologică s-a dovedit eficient și la găini, unde a dus la creșterea capacității de a oua cu 80%, la creșterea rezistenței la boli, dar și la o creștere a penajului, concluzie interesantă pentru acele păsări pe care omul le „dezbracă" pentru a le valorifica penele și fulgii.

Acțiunea farmacodinamică a lăptișorului de matcă la om este foarte complexă și se manifestă în numeroase boli. În pediatrie lăptișorul de matcă combate distrofia chiar în forme grave și acționează favorabil la copiii cu boli neuropsihice; în geriatrie restabilește pe cei epuizați și senili; în dermatologie are efecte favorabile în seboree, în keratricoză, piele uscată și îmbătrînită, în eczeme, în lupusul eritematos etc. Se mai citează efecte bune: în boala de iradiație; în scleroză; în astmul bronșic numai parțial; în reumatologie; în bolile cardiovasculare, mai ales în spasmele coronariene, hipertensiune etc.

* * * * * * * * * * * * * * * *

Polenul provine de la flori. Fiecare grăuncior are un diametru de 50 de microni și trebuie 15 miliarde de grăunciori pentru a aduna un kg, pentru care albinele fac circa 40 000 de deplasări la florile respective. Este o materie primă de bază pentru produsele apicole, mai ales pentru miere și lăptișor. Ca atare îl putem considera ca pe un produs vegetal și doar prelucrat sub formă de păstură în stup.

Dintre numeroasele indicații terapeutice ale polenului se citează: bolile endocrine, distrofia infantilă, sindroamele hipoanabolice, denutriția protidică — 15 g de polen se consideră că ar satisface întreg necesarul de proteine al omului pentru o zi — afecțiuni hepatice (hepatita cronică, ciroza etc.).

Propolisul. Compoziția chimică îi conferă proprietăți cicatrizante, antiseptice, antifungice și antibiotice. Este utilizat în tratamentul rănilor, al bolilor de piele, ca: escare, tricofiții, acnee, dermite, arsuri de gradul I și II, eczeme, lupus, prurit, psoriazis, chiar și în tuberculoză — administrat în unt sau sub formă de soluție alcoolică (20—30%). Se mai întrebuințează în stomatologie, în paradentoze, în afecțiunile căilor respiratorii, iar ca medicament adjuvant chiar și în unele forme de cancer, asociat cu săruri de magneziu.

Veninul de albine este secretat de glanda veniniferă care, la vîrsta de 15 zile, ajunge la maturitate cu un conținut de 15 mg venin.

Utilizarea veninului de albine sub forme variate ca: înțepături de albine, unguente, injecții de extracte purificate sau aplicate prin ionoforeză etc., se recomandă mai ales în: reumatism, spondiloză, artroze etc. Veninul este însă contraindicat în tuberculoza renală, în bolile infecțioase acute și la cei cu alergie sau anafilaxie sau cu intoleranțe la venin. Se consideră ca mortală doza de venin de albine provenind de la 500 de înțepături.

Ceara este produsul glandelor cerifere ale albinelor. Aceste glande încep să funcționeze din a 12-a zi de viață a albinelor, care trăiesc circa 35 de zile, în comparație cu matca, a cărei viață durează pînă la 8 ani; are în compoziția ei circa 80% miricină, cerină circa 19%.

Din cele mai vechi timpuri ceara a fost utilizată ln bolile de piele și în cosmetică, utilizare menținută pînă în prezent datorită proprietăților ei de regenerare a tegumentelor.

Produsele apicole, prin valoarea lor biologică și farmacologică, sînt un auxiliar prețios în tratamentul diferitelor boli, trebuind să fie utilizate în mod științific, în funcție de starea bolnavului și stadiul bolii, fără a fi considerate ca un „panaceu universal".

AUREL D. PETRESCU
doctor în farmacie

TRATAMENTUL PRIN ACUPUNCTURĂ

Acupunctura reprezintă una dintre cele mai interesante metode de tratament, care de-a lungul existenței sale impresionante (datează de mai bine de 2 500 de ani) a ridicat numeroase probleme, nu atît în ceea ce privește rezultatele sale, care practic nu au fost contestate niciodată, ci în legătură cu interpretarea mecanismului său de acțiune. Aceasta se datorește faptului că spre deosebire de alte metode de tratament, acupunctura are ca bază de acțiune stimularea unor puncte specifice, *situate pe tegument, puncte care aparent nu au nici o relație anatomică cu afecțiunea asupra căreia acționează. Se pare că aceste puncte au fost descoperite ca urmare a unei observații atente, din care a reieșit că, într-o afecțiune oarecare, anumite puncte situate pe tegument devin sensibile la presiune, iar înțeparea acestora duce la vindecarea bolii respective. Astfel de puncte au fost descoperite în majoritatea afecțiunilor, ajungîndu-se la un număr de cca. 365. Aceste puncte situate în zone bine precizate se găsesc înșiruite de-a lungul a 12 traiecte care parcurg corpul uman, traiecte care nu se suprapun cu dispoziția anatomică a nervilor sau a vaselor mari. Aceste 12* meridiane, *care poartă numele unui organ sau al unor funcțiuni, posedă puncte prin care pot fi influențate nu numai organele respective, ci și altele.*

Interesul deosebit pentru acupunctură a fost trezit în momentul în care cu ajutorul unor metode moderne de investigație s-a putut demonstra nu numai existența reală a punctelor active, ci și relația existentă între aceste puncte și activitatea organelor interne. Existența reală a punctelor a putut fi demonstrată datorită constatării, în zonele cutanate respective, a unor proprietăți electrice (de rezistență și potențial) deosebite față de tegumentele din jur și care în prezent pot fi evidențiate utilizînd o aparatură modernă, realizată în numeroase țări, inclusiv în țara noastră.

Dezvoltarea deosebită pe care acupunctura a căpătat-o în ultimele două decenii se datorește unor avantaje extrem de prețioase pe care ea le prezintă și anume:

a) Întrucît nu uzează de introducerea în organism a unei substanțe medicamentoase, poate constitui o replică utilă la abuzul de medicamente, care reprezintă unul dintre principalele neajunsuri ale medicinii clasice. Ea apare ca deosebit de utilă în cazurile de alergie medicamentoasă sau alt gen de intoleranță pentru unele medicamente.

b) Necesitînd un instrumentar minim (trusa cu ace, ușor de confecționat), ea poate fi aplicată în orice unitate sanitară, fiind deosebit de utilă ca tratament ambulatoriu al unor afecțiuni cronice. Din punct de vedere economic, avantajul este ușor de apreciat.

c) Are un cîmp larg de aplicabilitate, acoperind majoritatea afecțiunilor în care elementul „funcțional" primează față de elementul „lezional" și care în practica medicală se cifrează la aproximativ 60% din cazuri.

În ceea ce privește registrul tulburărilor înlăturabile prin acupunctură, aceasta cuprinde în primul rînd modificările funcționale sau afecțiunile în care elementul funcțional participă în mod apreciabil (dischinezia biliară, colo-

nul iritabil, hipertensiunea arterială, unele afecțiuni alergice, etc.). Domeniul cel mai important însă rămîne tratamentul afecțiunilor algice (nevralgia de trigemen, lombosciatica, cefaleea, migrena etc.), acupunctura fiind considerată uneori ca o „terapie a durerii". Pornind de la acest efect antialgic, începînd din 1958 acupunctura a început să fie utilizată în China în vederea obținerii unei analgezii necesare efectuării unor intervenții chirurgicale majore. Pînă în prezent, în China s-au efectuat mai mult de 400 000 de intervenții (lobectomii pulmonare, nefrectomii, rezecție gastrică, colecistectomie, anexectomie, tiroidectomie, apendicectomie etc.), rezultatele favorabile fiind obținute în mai mult de 80% din cazuri. De cîțiva ani asemenea intervenții au fost efectuate în numeroase țări din întreaga lume. Menționăm faptul că prima intervenție chirurgicală utilizînd analgezia prin acupunctură, efectuată în afara granițelor Chinei, a fost realizată în țara noastră de echipa condusă de prof. dr. N.N. Gheorghiu. Interesul deosebit trezit de acest nou cîmp de aplicare este justificat de avantajele imense pe care le poate aduce acest gen de anestezie în cazurile în care procedeele clasice de anestezie locală sau generală medicamentoasă sînt grevate de un risc oarecare.

Un fapt care a contribuit în mod apreciabil la acceptarea acupuncturii ca metodă de tratament a fost cel al fundamentării, în ultimii ani, a unei baze teoretice capabile să explice mecanismul său de acțiune. Studiile efectuate în numeroase țări ale lumii, precum și în țara noastră, au dus la concluzia că punctele de acupunctură reprezintă zone în care activitatea vegetativă *este mai bine exprimată față de zonele din jur. Stimularea acestor puncte va împrumuta o serie de căi complexe, implicînd fibre aferente vegetative, substanța reticulată mezencefalică și centrii vegetativi, de unde vor porni apoi descărcările nervoase către organele periferice, împrumutînd de asemenea căi vegetative. Acest lucru este posibil datorită faptului că pielea este unul din puținele organe care are o origine embriologică comună cu cea a sistemului nervos. Este logic a gîndi că între sistemul nervos și piele există relații vestigeale, care ar putea constitui un fel de „memorie a pielii" privind relațiile pe care le-a avut în perioada embrionară cu sistemul nervos, astfel încît stimularea acestor puncte permite declanșarea circuitelor nervoase specifice, în funcție de locul unde ele se găsesc pe tegument. Intrucît la nivelul sistemului nervos există de asemenea o proiecție a organelor interne, putem considera că stimulul cutanat, efectuat prin înțeparea punctelor de acupunctură, poate „activa" un circuit specific, piele—sistem nervos central—organe periferice.*

Ar rămîne de explicat însemnătatea și mărimea răspunsului periferic, ca urmare a unui stimul de mică însemnătate, reprezentat de înțepăturile efectuate în scop terapeutic. Părerea noastră este că înțepătura într-un punct cu o determinare spațială precisă nu constituie decît o „informație codificată" a sistemului nervos, asemănătoare cu cele din circuitele cibernetice, prin care centrilor de comandă superiori le sînt aduse o serie de informații privind organele a căror funcție este modificată. Odată informația primită, ea va fi „prelucrată" și „amplificată" astfel încît este de așteptat ca mărimea răspunsului periferic să fie disproporționat de mare în raport cu neînsemnătatea stimulilor cutanați.

Dr. C. IONESCU-TÎRGOVIȘTE

ACTUALITAȚI *medicale*

PERSPECTIVE NOI ÎN ÎNȚELEGEREA ȘI TRATAMENTUL ACCIDENTELOR ACUTE ALE BOLILOR VASCULARE

La originea accidentelor: tromboza

La o conferință medicală, profesorul Jacques Caen a concluzionat un lung raport cu următoarea afirmație: „cu ateroscleroza se poate trăi, dar moartea o provoacă de regulă un accident trombotic". Cu alte cuvinte, procesul de sclerozare a vaselor începe destul de precoce, continuă multă vreme cu tulburări mai mult sau mai puțin supărătoare, dar accidentul grav, care se soldează cu moartea în aceste cazuri, îl reprezintă constituirea unui cheag de sînge sau trombus care obturează un vas important, cel mai adesea al inimii sau creierului.

O cincime din populația în vîrstă de la 25 la 65 de ani este victima unei tromboze vasculare care determină fie un infarct de miocard, fie o ischemie cerebrală, sau o embolie pulmonară, complicație a unei tromboze venoase (flebită).

În declanșarea acestor procese trombotice s-au incriminat diverse cauze, care desigur că își au partea lor de contribuție, dar care nu reprezintă în realitate decît niște factori parțiali. S-a vorbit mult despre contribuția excesului de colesterol din pereții arteriali; acesta este un adevăr de necontestat, dar care nu este în măsură să ne lămurească de ce în timpul celui de al doilea război mondial, în ciuda faptului că procentul colesterolului din sînge a rămas pe loc în general, numărul trombozelor vasculare a scăzut în mod impresionant. Altă observație care dă de gîndit se referă la tribul african denumit Masai, la care proporția de grăsimi din sînge în loc să fie de 7 g $^0/_{00}$, depășește 12—14 g $^0/_{00}$, fără ca această anomalie să favorizeze apariția cheagurilor de sînge în lumenul vaselor.

Se știe că japonezii dau cel mai redus procentaj de accidente vasculare. De ce? Și iarăși: de ce, atunci cînd se expatriază în Statele Unite, nu după multă vreme imigranții japonezi se apropie din acest punct de vedere, adică al numărului de tromboze vasculare, de localnici? În alte cazuri s-a evocat problema rolului jucat de altitudine, deoarece s-a observat că în Bolivia locuitorii de la munte nu fac deloc accidente trombotice, pe cînd la șes, ei se apropie din acest punct de vedere de procentajele întîlnite aiurea. Nimeni nu neagă că sedentarismul reprezintă un „factor de risc" care atîrnă greu în balanța accidentelor vasculare prin tromboză și totuși pădurarii finlandezi, care pres-

tează o activitate fizică considerabilă, sînt foarte des victimele unor morți provocate de obturarea unui vas.

Toate aceste considerații, deloc contradictorii, sînt incapabile să lămurească problema accidentelor acute din cursul aterosclerozei, fapt care a îndemnat pe unii cercetători să strămute problema cheie în cercetarea modului cum se face hemostaza și cum se constituie microcheagurile de sînge care obturează lumenul vaselor.

Cum se constituie un cheag (trombusul)

De-a lungul unor vase intacte sîngele circulă fără obstacole, alunecînd ușor pe lîngă endoteliul pereților vasculari. Numai dacă intervine un accident (plagă, tăietură etc.) care lezează vasul, intervin cu promptitudine cunoscutele mijloace de hemostază, adică trombocitele sau plăcuțele sanguine, care îngrămădindu-se la gura plăgii, eliberează factorii necesari constituirii cheagului, dintre care reamintim pe cel mai important: fibrina.

Alteori aceste accidente, cu sistemul lor eficient de reparație promptă, se petrec în lumenul vasului. De cîte ori n-au loc leziuni microscopice în interiorul unui vas, care duc la îngrămădirea trombocitelor pe locul accidentului, urmată de dezagregarea acestora atunci cînd accidentul a fost îndepărtat ?

Dar acest echilibru funcțional atît de perfect se poate altera cu prilejul unor tulburări ivite în circulația sîngelui în general și în comportarea arborelui vascular în special.

Se știe de multă vreme că dereglările interne, așa-zișii „factori de risc": hipertensiune, diabet, obezitate, stress, tutun și posibil și alte cauze ignorate încă, fac ca pereții vaselor să piardă din elasticitate, să se infiltreze cu colesterol și trigliceride, conducînd la constituirea acelor plăci de aterom care reduc calibrul vasului. Este logic ca în cursul acestui proces, endoteliul peretelui vascular să fie lezat, favorizînd astfel îngrămădirea trombocitelor și ulterior constituirea în jurul acestora a unui cheag de sînge sau trombus. Întîlnirea nefericită dintre ateroscleroză și trombus poate conduce astfel la un infarct miocardic atunci cînd vasul interesat este coronara, sau la unul cerebral, dacă vasul hrănește celulele cerebrale, atît de sensibile la cea mai mică întîrziere în aportul de oxigen vehiculat prin artere.

Acest proces, binecunoscut, n-a fost privit pînă acum decît dintr-o singură direcție, în lumina căreia cheagul sanguin și trombocitele nu jucau decît rolul unui obstacol mecanic, consecință inevitabilă a aterosclerozei. S-a omis să se ia în considerație rolul activ pe care l-ar putea juca constituenții sîngelui sau anomaliile acestuia în desfășurarea procesului trombotic.

Teoria trombogenă a aterosclerozei

Numeroase lucrări aparținînd în majoritate unor hematologi și biochimiști francezi au parvenit să izoleze din trombocite o enzimă (ferment) denumită elastază, care împreună cu

precursorul ei este capabilă să degradeze straturile elastice ale vaselor. Ei au dovedit că acești fermenți intervin pe cale biochimică în apariția și dezvoltarea aterosclerozei. Alte cercetări au urmărit în intimitatea lui acest proces, la nivelul trombocitelor, demonstrînd modul în care se constituie anomaliile de agregare și de aderență ale acestor plăcuțe la peretele vasului.

Pe de altă parte s-a putut face dovada că sub acțiunea stress-ului sau a intoxicației cu tutun, pereții vaselor se pot fractura ori fisura, provocînd apariția în aceste locuri a unui trombus. Nu este de asemenea exclus ca în urma stress-ului, hormonii corticosuprarenali să favorizeze eliberarea unor substanțe plachetare care să ducă de asemenea la constituirea unui cheag.

Alte constatări, la fel de importante, se referă la rolul deținut de către celulele endoteliale care căptușesc pereții vaselor. Există de exemplu o boală metabolică denumită *homocistinurie* în care pereții vaselor sînt lipsiți de endoteliu. Această anomalie favorizează constituirea de trombusuri multiple și, ca urmare, o degenerescență mintală a acestor bolnavi. Plecînd de la această observație s-a realizat un model experimental de tromboză prin suprimarea stratului de celule endoteliale. Acest model permite înțelegerea mai ușoară a mecanismului care stă la baza leziunilor vasculare prin tromboză.

Terapeutica

Din punct de vedere terapeutic, concluziile abia încep să fie deduse: evitarea stress-ului, a tutunului, a factorilor de risc cunoscuți și recursul la acele medicamente care intervin în primul stadiu al hemostazei, împiedicînd aderarea trombocitelor între ele și îngrămădirea lor pentru a forma microcheagurile intravasculare. Printre aceste medicamente se află și aspirina; prin inhibiția pe care o exercită asupra unor prostaglandine, ea se opune eliberării de plăcuțe sanguine, factor inițial al coagulării, acționînd astfel în mod preventiv asupra trombozelor vasculare.

Dr. S. HERIȘAN

ANGINA PECTORALĂ... UN DIAGNOSTIC DIFICIL

În 1768, Heberden...

făcea prima descriere a anginei pectorale şi trebuie să recunoaştem că această descriere a rămas valabilă pînă în zilele noastre.

Diagnosticul anginei pectorale se bazează în primul rînd pe suferinţele pe care ni le relatează bolnavul, pentru că examinarea clinică este de regulă negativă.

Acesta se plînge de o durere retrosternală, care poate iradia în membrul superior stîng sau în maxilarul inferior, durere care apare la efort sau la emoţii, are o durată variabilă de la cîteva secunde pînă la cîteva minute şi cedează la repaus sau după o tabletă de nitroglicerină (în circa 2 minute).

Electrocardiograma înregistrată în timpul crizei dureroase poate să arate anumite modificări, dar în general, într-o proporţie care merge pînă la 50%, ea se arată normală, fără să putem respinge, prin aceasta, diagnosticul de angină pectorală.

Diagnosticul de angină pectorală nu este de resortul calculatorului electronic

Modul de apariţie a durerii precordiale, localizarea, intensitatea, iradierea, durata, circumstanţele dispariţiei, nu sînt întotdeauna cele clasic descrise.

Dealtfel, însuşi Heberden (în 1772 şi 1802) descria o angină pectorală care survenea fără efort.

Există deci o angină pectorală care survine fără efort şi fără emoţii, după cum există modificări electrocardiografice asemănătoare celor din angina pectorală, fără ca bolnavul să se plîngă de ceva...

Există, de asemenea, dureri precordiale necaracteristice care survin adesea la oameni tineri nevrotici, fără ca ele să traducă existenţa unei angine pectorale. Iată de ce putem afirma că un calculator electronic nu poate fi programat pentru un diagnostic exact al acestei boli atît de periculoase, deoarece un bolnav cu angină pectorală poate să facă un infarct miocardic într-o perioadă de timp care variază între 30 de secunde şi 30 de ani...

Se întîmplă ca, pornind numai de la datele clinice, de la ceea ce ne relatează bolnavul şi de la înscrierea unui traseu electrocardiografic, fie să etichetăm prea mulţi indivizi ca avînd această boală, fie să considerăm sănătoşi o serie de bolnavi reali.

Este important să reţinem cîteva date

Angina pectorală este o boală care apare ca o consecinţă a unui dezechilibru între nevoile energetice ale miocardului, nevoi sporite la efort, şi ceea ce i se oferă prin arterele coronare, care aduc sîngele la miocard. Prin arterele îngroşate şi cu calibrul redus din cauza aterosclerozei, nu poate veni cantitatea sporită de sînge de care muşchiul inimii are nevoie în timpul efortului. Deci în peste 90% din cazurile de angină pectorală arterele coronare sînt îngustate prin procesul de ateroscleroză. Acest proces are nevoie de timp, de ani de zile, pentru a se constitui. Nu vom suspecta la un copil sau la un tînăr care se plîng de dureri precordiale, o angină pectorală.

Procesul de ateroscleroză la femei se constituie mai greu, hormonii ovarieni opunîndu-se la aceasta. Pentru acest motiv raportul dintre bărbați și femei este de circa 7 la 1 în privința apariției anginei pectorale. La menopauză acest raport tinde să se egalizeze.

Există persoane, candidate la ateroscleroza coronariană, care prezintă așazișii factori de risc coronarian. Asupra acestor factori de risc se fac studii intense în toată lumea, pe zeci și sute de mii de persoane. Se pare că nu în toate țările ponderea factorilor de risc este aceeași. Toată lumea este însă de acord că hipertensiunea arterială și creșterea colesterolului în sînge sînt factorii de risc majori. La aceștia se adaugă obiceiul de a fuma și dieta bogată în grăsimi saturate.

Cum procedăm practic în fixarea diagnosticului de angină pectorală?

Luăm în considerație vîrsta (de regulă peste 50 de ani), sexul, factorii de risc coronarian. Invităm pe bolnav să ne expună cît mai clar și cît mai precis suferințele (modul de apariție, durata, modul de dispariție a durerii).

Înregistrăm o electrocardiogramă în repaus. Dacă simptomele relatate de bolnav sînt clare și electrocardiograma are anumite modificări, diagnosticul se impune. Dacă durerile nu sînt însă caracteristice și nu apar anumite modificări pe electrocardiogramă, supunem bolnavul unei probe de efort. Actualmente se efectuează înregistrări electrocardiografice în timp ce bolnavul face un efort gradat pe o bicicletă sau pe un covor rulant, sau i se accelerează bătăile inimii printr-o stimulare electrică. În general efortul se crește pînă se ajunge la un număr de bătăi cardiace pe minut calculat astfel: 220 — vîrsta bolnavului (de ex. 170 bătăi pe minut pentru un om în vîrstă de 50 de ani). Uneori, este suficient să obținem 85% din acest număr. Dacă apar modificări electrocardiografice caracteristice, bolnavul este considerat anginos; dacă ele nu apar, diagnosticul poate fi îndepărtat.

Se poate întîmpla ca modificările electrocardiografice din repaus să dispară după efort sau după ce bolnavul a luat 7—8 grame de clorură de potasiu în puțină apă. În acest caz modificările electrocardiografice nu au fost consecința unei angine pectorale.

Rămîne uneori o incertitudine în privința diagnosticului și după aceste probe. Este necesar în aceste cazuri să se facă o coronarografie. Se injectează arterele coronare cu o substanță radioopacă și se pot constata zonele în care unul sau mai multe din trunchiurile arterelor coronare sînt îngustate. Metoda este foarte utilă și pentru intervențiile chirurgicale care au de scop să crească afluxul de sînge la miocard și se realizează printr-o porțiune de venă plasată între artera aortă și artera coronariană situată după zona îngustată.

Iată deci că diagnosticul de angină pectorală nu este un diagnostic ușor de fixat și el reclamă în multe situații tehnici de investigație destul de complicate.

Dr. OVIDIU OPRIAN

cioburi

Hîrtia îngăduie literei şi imaginii
Să i se aştearnă-n lumina paginii:
De-a lungul, de-a-naltul,
Ba, cîtamai şpaltul...

Altminteri, dacă nu se imprimă,
Nu-i decît materie primă;
Or, numai cînd e ziar, revistă, carte,
Are parte
Şi-ajunge ... departe!

Unui stomatolog adept al lui Bachus

Tot lucrînd cu dinţi şi cleşte,
Domnul doctor Girimea,
Ştiu acuma ce-i prieşte:
Numai trasul la măsea...!

Unui chirurg nepriceput

Zace în mormînt de-o lună,
Însă nu-şi găsi hodină.
Noi ghicim uşor pricina:
Spiritele se răzbună...!

MEDICALE

Pila îşi întocmi
Un jurnal de zi.

Citez: „Azi (data contează puţin)
A trebuit să intervin
Cu întreaga mea filieră de relaţii,
Să asigur unei chirurgicale operaţii,
Succesul.
Dar cu tot interesul
Nu s-a putut evita decesul!"
Ceea ce a făcut să se nască
O concluzie firească:
Cine vrea să trăiască,
Trebuie să aibă şi zile
În afară de... pile!

D. C. MAZILU

Unui medic certat cu deontologia

Doctor cum e Dan, mai rar:
Vin bolnavii-mpovăraţi —
După un consult sumar,
Sigur pleacă uşuraţi...

Medicul mamoş la revelion

Al nostru doctor, astă-seară,
Priveşte-n gol şi e năuc;
Asistă pentru-ntîia oară
La naşteri, fără de ciubuc!

TRAIAN GĂRDUŞ

Cura pe plaje

Gîgă

Stă pe plajă de vreun ceas
Şi se-ntreabă cu mirare:
Cum încape ditai mare
Într-o hartă de atlas?

Ţaţa-Caţa

Neagră-i toată: o cafea
Fiartă în nisip fierbinte:
Cerul gurii îl avea
Negru însă, dinainte.

La ghiol

Multe iole, multe vele,
Multă înnegrită piele,
Mulţi copii cu găleţele
Multe mame şi mamele.

Ospătarul

Spumele de valuri, albe,
El le calculează-n halbe.

Naturalia

Soarele şi marea se răzbună
Pe nenatural, cîteodată:
O căruntă a făcut din brună
Şi şatenă dintr-o platinată.

Bolnavul

Plaja Eforie-Nord.
Dînsa, dulce sută-n sută.
El, venit bolnav de gută
Şi plecat bolnav de cord.

Trecuta

S-a bronzat, a prins culoare,
O privesc şi-mi spun în şoaptă:
Ce s-o mai prăji la soare
Cînd şi-aşa-i destul de coaptă?

Turturele

Se sorb din ochi şi gunguresc
Ca două păsărele
Şi din nisip îşi construiesc
În Spania, castele.

Dilemă

Mă-ntreb privind-o: E femeie
Sau rătăcită cetacee?

FLORIN IORDĂCHESCU

Ştiaţi că...

..... vata este un produs extras din barba lui Moş Gerilă?

..... anestezia se face înaintea operaţiei nu după?

.....termenul **patologic** nu vine — cum s-ar crede — de la Pat şi Pataşon, ci de la patul de spital?

..... **polivitamina** a fost descoperită la poli?

.....**boala cancerului** este de origină tropicală (tropicul cancerului)?

.....termenul **balnear** vine de la balurile ce se organizează în respectivele staţiuni?

..... denumirea de **scarlatină** provine de la un oarecare Scarlat care a contractat primul această boală?

..... **tusea măgărească** nu se ia de la măgari?

..... eroul Ahile era monoped (dovadă că mitologia pomeneşte de „călcîiul", nu „de călcîiele" lui)?

FLORIOR

EXAMENUL RADIOLOGIC ÎN DIAGNOSTICUL ŞI CONDUCEREA TRATAMENTULUI ULCERULUI GASTRIC

ULCERUL GASTRIC

Între bolile cu largă răspîndire în masă şi importante repercusiuni individuale şi socio-economice generale se înscrie pe prim plan boala ulceroasă. Incidenţa acestei boli este ridicată, apreciindu-se că una din cinci persoane prezintă ulcer gostroduodenal, însă numai unul din patru purtători de ulcer manifestă simptome clinice. După unele opinii, se apreciază că în emisfera noastră, peste 50—60 de milioane de adulţi prezintă această afecţiune. Ulcerul este o boală generală, cu expresie principală la nivelul stomacului sau al duodenului, unde se produce o pierdere de substanţă (rană) a păturii interne a acestuia (mucoasa). Ulcerul prezintă profunzime, dimensiuni, forme şi localizare variate.

Ulcerul gastric apare mai frecvent la bărbaţi, incriminîndu-se acţiunea nocivă a unor factori cauzali (alcool, tutun etc.), vîrsta de predilecţie fiind cuprinsă între 20 şi 40 de ani. Se remarcă însă în ultimele decenii unele mutaţii privind vîrsta bolnavilor ulceroşi, constatîndu-se o creştere a îmbolnăvirilor prin ulcer la persoane în vîrstă avansată.

În producerea ulcerului gastric acţiunea principală decurge din tulburarea funcţiei de coordonare pe care o are sistemul nervos şi în primul rînd scoarţa creierului. Pe plan local, deci la nivelul stomacului, în ulcer se produce o rupere a echilibrului dintre factorii agresivi şi cei de apărare a mucoasei gastrice. Se ştie că glandele gastrice secretă sucul gastric constituit în principal din acid clorhidric, pepsină şi mucus. Acidul clorhidric şi pepsina au un însemnat rol în digestie; în schimb, mucusul gastric are acţiune de protejare a mucoasei gastrice faţă de diverşi factori de agresiune (termici, chimici), deci şi faţă de acţiunea acidului clorhidric asupra mucoasei. În cazurile în care, datorită diverselor cauze, creşte cantitatea de acid clorhidric, mucusul gastric şi ceilalţi factori de apărare se dovedesc incapabili să evite apariţia ulceraţiei. Alteori, acidul clorhidric poate să fie secretat în cantitate normală, dar existînd o insuficienţă în secreţia mucusului gastric, se produce de asemenea dezechilibrul menţionat cu predominanţa factorilor agresivi, creîndu-se condiţiile pentru producerea ulcerului gastric.

CUM SE MANIFESTĂ ULCERUL GASTRIC

Clinic, ulcerul gastric se caracterizează prin dureri localizate în abdo-

menul superior (epigastru), care evoluează în perioade de 2—3 săptămîni, după care urmează o perioadă de liniște, care poate dura cîteva luni sau cîțiva ani. De obicei perioadele dureroase sînt sezoniere (primăvara și toamna). Durerile în cadrul puseurilor acute survin ritmic, la un anumit interval după alimentație, fiind calmate de o nouă alimentație sau de medicamente alcaline, care anihilează sucul gastric acid.

Există cazuri în care ulcerul evoluează aproape fără simptome, relevîndu-se numai în momentul producerii unei complicații: hemoragie, perforație, stenoză.

RADIOLOGIA ULCERULUI GASTRIC

Examenul radiologic al stomacului, efectuat cu o suspensie lichidă de sulfat de bariu pur, evidențiază ulcerul, confirmînd supoziția clinică. Diagnosticul precoce al ulcerului gastric este o necesitate, deoarece rezultatele cele mai bune în tratamentul medical al ulcerului se obțin în cazurile în care leziunile sînt depistate cît mai timpuriu. Întîrzierea precizării diagnosticului determină modificări cicatriceale care îngreuiază vindecarea, favorizînd cronicizarea bolii.

Semnul radiologic direct și caracteristic al ulcerului este nișa, care apare ca o proeminență depășind conturul stomacului opacifiat cu bariu (fig. 1 a). Imaginea radiologică este determinată de bariu, care pătrunde în ulcerația gastrică (fig. 1 b).

Forma ulcerului poate să fie rotundă, ovoidală, patrulateră, triunghiulară, în spin etc. Dimensiunea nișei poate varia de la cîțiva milimetri la 7—8 cm (nișă gigantă). Profunzimea nișei diferă, constatîndu-se uneori imagini plate, depășind discret conturul stomacului *(nișa în platou)*, iar alteori, nișe penetrante (ulcere care pătrund în orga-

1a

1b

nele vecine: ficat, pancreas) care depășesc conturul gastric cu 2—3 cm. Ulcerele își pot avea sediul în orice porțiune a stomacului, cel mai frecvent fiind constatate pe mica curbură a stomacului. În unele cazuri se observă atragerea pliurilor mucoasei gastrice spre ulcer (*convergența pliurilor*). Alături de semnul direct, care este nișa, în ulcerul gastric se pot constata *semne radiologice indirecte:* o cantitate crescută de lichid de secreție la nivelul stomacului (hipersecreție), mișcări contractile puternice ale stomacului (hiperperistaltism) și uneori aspectul de stomac sus situat, cu dimensiuni mai reduse (hipertonie). De asemenea, pe conturul opus celui unde se află ulcerul, se constată uneori o depresiune, o denivelare (fig. 2), care poate să fie tranzitorie (spasm), dar care, în cazurile vechi, poate deveni definitivă (stenoza postulceroasă). Evidențierea radiologică a nișei și a celorlalte imagini menționate pledează pentru diagnosticul de ulcer.

2

În asemenea cazuri, se aplică tratamentul medical urmărind combaterea hiperacidității gastrice prin medicație neutralizantă (alcalină), combaterea durerilor (spasmolitice) și remontarea stării generale (vitaminoterapie), precum și regim igienodietetic (repaus și alimentație adecvată). După 3—4 săptămîni, bolnavul va fi reexaminat radiologic. Cu acest prilej se poate observa că, paralel cu ameliorarea clinică, dimensiunile nișei au diminuat (fig. 3 a și b) sau aceasta a dispărut confirmînd natura benignă (necanceroasă) a ulcerului. În alte cazuri însă, deși clinic starea bolnavului prezintă ameliorare, radiologic se constată persistența nișei. În astfel de situații, în raport cu particularitățile cazului, se va face un consult medico-chirurgical, în vederea stabilirii conduitei, eventual a luării deciziei de intervenție chirurgicală, putînd să fie vorba de un ulcer cu pereți sclerozați (ulcer calos), de un ulcer penetrant într-un organ vecin sau de un cancer ulcerat. În toate aceste ipostaze intervenția chirurgicală se impune ca necesară.

COMPLICAȚIILE ULCERULUI

În cursul evoluției ulcerului pot să apară, după cum am menționat, o serie de complicații: hemoragii digestive, perforații, stenoze postulceroase.

Hemoragiile digestive se manifestă clinic prin vărsături cu sînge (hematemeză) sau prin scaune păstoase, lucioase, negre-verzui ca păcura (melenă). Hemoragia se însoțește de semnele caracteristice unei anemii acute: ameteli sau pierderea cunoștinței, dispnee (sete de aer), palpitații, vîjîituri, sete accentuată, paliditatea mucoase-

3a

3b

lor şi tegumentelor. În cazurile în care hemoragia este unica manifestare a ulcerului, după reanimarea bolnavului examenul radiologic permite evidenţierea ulcerului, deci a cauzei hemoragiei.

Perforaţia se traduce prin apariţia unei dureri bruşte, de o mare violenţă, în epigastru, răspîndindu-se apoi în întreg abdomenul. După un scurt interval apar semnele şocului: scăderea tensiunii arteriale, puls rapid, paloare, transpiraţii reci. Abdomenul este contractat (abdomen de lemn). Radiologic se evidenţiază imaginea de pneumoperitoneu (aerul care trece din stomac în cavitatea peritoneală se insinuează între diafragm şi ficat), caracterizat printr-o imagine transparentă cu aspect semilunar, situată sub diafragm (muşchiul care desparte cavitatea toracică de cea abdominală).

Stenoza postulceroasă (îngustarea cicatriceală a stomacului) poate avea sedii variate în raport cu localizarea ulcerului. Mai des se produce stenoza pilorică (îngustarea canalului de legătură a stomacului cu duodenul). Clinic, bolnavii prezintă vărsături cu alimente ingerate în urmă cu 24 sau 48 ore, greţuri, senzaţia de balonare. Radiologic, stomacul este considerabil mărit în toate direcţiile, luînd forma de chiuvetă şi conţinînd multe lichide şi resturi alimentare. Suspensia de bariu în contact cu lichidele de stază din stomac se dispersează sub formă de picături opace care se răspîndesc ca nişte „fulgi de zăpadă". Opacifierea stomacului este neomogenă, iar evacuarea extrem de anevoioasă. După 24 şi chiar 48 de ore, se constată cantităţi considerabile de bariu la nivelul stomacului. Acest aspect arată gradul avansat al stenozei, explicînd masiva pierdere în greutate a acestor bolnavi şi impunînd efectuarea intervenţiei chirurgicale.

După cum se vede din cele expuse mai sus, examenul radiologic contribuie la diagnosticul precis al ulcerului gastric, la urmărirea evoluției lui și la alegerea momentului intervenției chirurgicale, pe baza analizei minuțioase a caracterelor ulcerului și în special în lumina aplicării tratamentului medical de probă.

Ca linie directoare se va reține că marea majoritate a cazurilor de ulcer beneficiază de tratament medical, producîndu-se o vindecare durabilă și că efectuarea tratamentului chirurgical se impune în cazurile de ulcere complicate (hemoragii, perforații).

Rezultă că, în stabilirea unei corecte conduite, examenul radiologic are un rol important, iar colaborarea clinico-radiologică reprezintă chezășia unui diagnostic corect și a unui tratament individualizat, perfect adaptat particularităților fiecărui caz, deci cu maximum de beneficiu pentru bolnav.

Dr. IOAN JOCU

REȚETĂ

S-au întîlnit ca de-obicei în parcul
orașului. Sînt vechi pensionari.
Au spatele încovoiat ca arcul,
un junghi, o tuse, poartă ochelari.
— Măi Tache, zice Nae, toate-s bune,
cu sănătatea n-o duc tocmai rău,
doar cu stomacul stau cam prost. Ia spune,
n-ai tu vreun leac în arsenalul tău?

— Păi cum, Năică! Ia să faci ca mine,
și-ai să te simți, de mîine, foarte bine.
Eu seara beau cîte-un pahar cu lapte,
iar dimineața — ce să mai vorbesc? —
am scaun regulat la ora șapte —
și la șapte și-un sfert mă trezesc.

ANDREI CIURUNGA

cîteva cuvinte despre

HEPATITA CRONICĂ

Un lucru curios

Deşi foarte răspîndită încă din vechime, hepatita cronică nu apare descrisă ca atare în tratatele de medicină decît de relativ scurtă vreme. Într-adevăr prima descriere a hepatitei cronice îi aparţine lui Heinz Kalk şi ea datează abia din 1947.

Se pare că manifestările acestei boli, rău definite şi puţin zgomotoase, sînt cauzele acestui fapt paradoxal. Apariţia unor metode noi de explorare (puncţia-biopsie hepatică, imunoelectroforeza, scintigrafia hepatică etc.) au contribuit la un diagnostic mai corect al bolii.

Hepatita cronică, o afecţiune foarte frecventă

În practica medicală de fiecare zi, în secţiile de boli interne ale spitalelor, hepatita cronică se remarcă prin marea ei frecvenţă. Un mare număr de paturi sînt ocupate de astfel de bolnavi, care trebuie explorati şi trataţi cel puţin 3 săptămîni în spital. Boala apare ca un important element de incapacitate de muncă, ca un important factor de invalidare.

Trebuie ştiut că majoritatea (dar nu totalitatea) hepatitelor cronice, cel puţin la noi în ţară, sînt consecinţa unor hepatite epidemice de regulă serice (transmise prin seringă).

Importanţa explorării complexe

Experienţa atestă utilitatea examenelor periodice efectuate în ambulator. Examenul clinic şi probele de laborator conduc la stabilirea unui diagnostic de prezumţie al unei boli care se manifestă prin puţine simptome şi acestea necaracteristice (oboseală, somnolenţă după mese etc.). Explorarea complexă a bolnavilor în spital este deosebit de utilă, în primul rînd pentru a se confirma diagnosticul de hepatită cronică şi în al doilea rînd pentru a se stabili forma de hepatită cronică.

Azi se ştie că hepatita cronică poate fi *persistentă* (şi inactivă) sau *agresivă* (şi activă). Acest lucru este esenţial pentru că prognosticul hepatitei inactive este mult mai bun decît al celei agresive, care poate conduce la ciroză, afecţiune deosebit de gravă.

Probele de laborator (de disproteinemie, electroforeză, transaminaze, indicele BSP, imunoelectroforeză etc.) ne pun în situaţia de a bănui dacă e vorba de o formă activă sau inactivă. Certitudinea ne-o oferă numai puncţia-biopsie hepatică. Este de semnalat rezistenţa pe care unii bolnavi o opun acestei puncţii total inofensive. Astfel, ni s-a întîmplat să întîlnim bolnavi care se supuseseră de curînd unei intervenţii chirurgicale, dar refuzau puncţia hepatică.

Tratamentul hepatitei cronice se face diferenţiat

Puncţia-biopsie hepatică stabileşte cu suficientă precizie dacă bolnavul este purtătorul unei hepatite cronice inactive şi persistente, sau active şi agresive.

După opinia multor autori hepatita cronică persistentă nici nu ar necesita un tratament medicamentos. Ea ar reclama însă o serie de măsuri dietetice şi un control medical regulat. De altfel posibilitatea trecerii unei hepatite cronice inactive într-una activă este foarte limitată. În orice caz, tratamentul cu Prednison nu-şi are nici o justificare în această formă.

Hepatita cronică agresivă şi activă-trebuie să beneficieze în schimb de un tratament intens şi de lungă durată, fie cu Prednison, fie cu Imuran, fie cu D-penicilamină.

Selecţionarea bolnavilor pentru aceste medicamente revine evident medicului. Într-adevăr, Prednisonul nu va fi utilizat la un bolnav care are şi ulcer, diabet sau este un mare hipertensiv. Imuranul nu va fi folosit în cazul în care bolnavul are globulele albe scăzute etc.

Dr. OVIDIU OPRIAN

PRESCRIPŢIE

Mă cam doare capul şi mă simt bolnav;
Am temperatură: n-o fi ceva grav?
Dar de ce să bîjbîi în necunoscut?
Chem mai bine-un doctor că-i mai priceput.
. . . . . .
— Rog deschideţi gura: rog să spuneţi A!...
— Am amigdalită? — S-ar părea că da.
S-ascultăm plămînii: respiraţi... Tuşiţi...
Mai tuşiţi odată... Respiraţi... Opriţi...
Am ceva şi-acolo? — Sînt congestionaţi.
— Deci e grav? — Da; totuşi nu vă alarmaţi.
— Atunci ce-mi prescrieţi ca să mă fac bine?
— Luaţi pe zi trei-patru polivitamine
Că e tratamentul cel mai indicat.
Dimineaţa, seara, luaţi salicilat,
Pîn-la cinci pastile amidopirină,
Luaţi polibromură, luaţi urotropină,
Ser fiziologic, luaţi şi Agozol,
Faceţi trei injecţii cu cardiazol
Iar ca peste noapte să dormiţi puţin,
Faceţi încă două cu Algosedin.
Ca să nu se-ntindă boala şi la piept
Faceţi trei injecţii cu Pneumosept.
. . . . . .
Pîn-la farmacie nu pot să mă duc
Şi nici n-am pe nimeni că stau singur cuc.
Ştiu că-ntr-o punguţă am o aspirină
Fac un ceai fierbinte, beau o cană plină,
Îmi pun o flanelă şi mă culc în pat.
Pînă dimineaţa am tot transpirat
Şi mă simt acuma precum noul prunc.
Ce fac cu reţeta? N-am să o arunc,
Ci în urma unei studieri atente,
Întocmesc un index de medicamente.

FLORIN IORDĂCHESCU

APELE MINERALE

transportate, factori curativi de mare utilitate

Apele minerale îmbuteliate şi transportate de la izvor mai reprezintă încă factori curativi naturali, utili pentru tratamentul diferitelor boli cronice.

Deşi este adevărat că o apă minerală transportată încearcă, prin însuşi actul de îmbuteliere, oarecari modificări fizice şi chimice, de compoziţie, care s-ar putea răsfrînge şi asupra virtuţilor sale terapeutice, totuşi, prin tehnicile moderne de îmbuteliere mecanizată, apa minerală este pusă la adăpost de orice contact cu aerul, păstrîndu-şi aproape complet gazele şi sărurile aflate în soluţie. În asemenea condiţii *apa îmbuteliată* se va deosebi prea puţin de apa de la izvor, constituind o adevărată apă medicament, cu virtuţi terapeutice din cele mai valoroase şi utile în practica medicală curentă.

Uşoarele modificări încercate, mai ales de apele minerale gazoase, în decursul timpului, reduc vieaţa unei ape îmbuteliate la cel mult 5—6 luni, ceea ce impune în mod imperios ca toate apele din comerţul de stat să poarte pe eticheta lor data îmbutelierii, mai ales pentru apele medicinale, deşi ar fi de dorit şi pentru apele de masă.

Dintre apele minerale îmbuteliate, care pot fi folosite în cura la domiciliu şi se găsesc în comerţ, menţionăm în special:

— *apele alcaline-bicarbonatate sodice*, cu un conţinut variabil de acid carbonic: *Bodoc-Mătăi, Malnaş-Principal; Covasna; Mioara, Victoria; Repat; Tinca; Zizin-Principal;*

— *apele alcalino-teroase, carbogazoase: Boholt; Biborţeni; Borsec-Principal; Buziaş; Covasna; Tămăşău; Tinca-Puţul de cărămidă; Tuşnad-Stănescu I; Vîlcele-izv. Sărat* şi *Sîngeorz*, cu un conţinut apreciabil de clor;

— *apele clorurate-simple* sînt rare şi nu se găsesc în comerţ, în schimb avem ape *clorurate-bicarbonatate sodice-carbogazoase*, de diferite concentraţii de tip *Slănic-Moldova*, nr. 1, 1 bis, 3, 8 şi 6, ultimele 3 hipertonice, de mare utilitate în afecţiunile gastro-intestinale; *Stoicenii* are o compoziţie asemănătoare;

— *apele sulfuroase, clorurate sodice-calcice: Călimăneşti-Căciulata* şi *Săcelu-Secelata*, hipotone;

— *apele carbogazoase: simple sau bicarbonatate calcice-magneziene*, mult folosite şi ca ape de masă: *Borsec, Buziaş, Covasna, Şaru-Dornei, Vatra-Dornei, Zizin-Principal.*

Este de la sine înţeles că în ce priveşte alegerea apei minerale de folosit, *cantitatea* pentru o doză sau din cursul zilei, *durata curei, ritmul de administrare, momentul administrării* în raport cu mesele, *temperatura apei, poziţia bolnavului* după ingestie, adică *tehnica de cură*, toate acestea *trebuie prescrise de medicul de policlinică*, după stabilirea diagnosticului de boală, a cauzei, a stadiului evolutiv, ţinînd seama de proprietăţile farmacodinamice ale apei minerale, de indicaţiile şi mai ales de contraindicaţiile acesteia în raport cu starea organelor vitale.

Durata unei astfel de cure hidrominerale va fi de 10—15 zile. Cura poate fi repetată în cursul anului, cînd acest lucru se impune din punct de vedere medical.

Asemenea tratamente se folosesc atît de adulţi, cît şi de copii, în diferite afecţiuni cronice, ca: bolile de *stomac şi intestine* şi ale *glandelor anexe*, bolile de *rinichi* şi mai ales ale *căilor urinare*, şi într-o măsură cu mult mai redusă în *bolile de nutriţie* şi în *intoxicaţiile cronice* cu metale grele.

Bolile stomacului

Înainte de a prescrie orice tratament, chiar și cu apele transportate, se va exclude în special *cancerul*, indiferent de formă, localizare, stadiu; afecțiunile *organice stenozante* pe toată întinderea tractului digestiv și îndeosebi *leziunile ulceroase*, *floride*, *însoțite de hemoragii* care constituie *o contraindicație absolută*, chiar și în cazul hemoragiilor oculte din ulcerele gastro-intestinale.

În ulcerul gastroduodenal, după dispariția hemoragiilor oculte, după atenuarea durerilor și a tulburărilor dispeptice, sau cînd toate acestea sînt rezistente la tratamentele obișnuite (medicamentoase sau dietetice), se poate folosi o cură cu *ape alcaline simple*, de tipul Matild-Bodoc sau Tinca, precum și apele *clorurate-bicarbonatate* de la Slănic Moldova (n. 1, 1 bis și 3) sau *Sîngeorzul Băi.*

Apa minerală se bea la temperatura camerei sau, în caz de sensibilitate exagerată, încălzită la 38°C, în cantitate de 100—200 ml, repartizată în 3 prize, cu o oră înaintea meselor principale, pentru a se declanșa reflexul inhibitor asupra secreției de suc gastric.

În aceste condiții durerile, arsurile, lichidul de stază și hiperclorhidria dispar chiar cînd ulcerul e incomplet vindecat. Cura se va continua 15 zile, pînă la 20 zile.

Cînd operația se impune, adesea o cură la domiciliu creează condiții optime pentru realizarea actului operator, iar după acesta, în cazul unui Bilroth II, în caz de gastrită a bontului sau sindrom Dumping, sau stază biliară secundară, se obțin bune rezultate cu apele de Slănic și mai ales cu apa de Sîngeorz, sub supraveghere medicală.

În *gastritele acide*, cu hiperclorhidrie mare, tratamentul se prescrie cu aceleași ape și în același mod, pe cînd în *gastritele hipoacide*, cu o scădere sau lipsa totală a acidului clorhidric, se vor utiliza apele de *Stoiceni* sau *Slănic n. 6.* Aceasta din urmă fiind foarte concentrată, se va evita în caz de hiperestezie a mucoasei gastrice, sau la persoanele în vîrstă, cu un rinichi deficient; se administrează rece, fiind ingerată în înghițituri mici, imediat înaintea meselor.

Bolile intestinului

Aproape toate apele minerale folosite în tratamentul bolilor de stomac pot fi folosite și în bolile intestinelor, în special *apele bicarbonatate calcice-magneziene* și *apele clorurate, slab mineralizate simple sau cu adaos* de sulfat de sodiu.

Inflamațiile colonului, după încetarea fazei acute, după asanarea bacteriană și utilizarea unei terapii de substituție cu fermenți, diareele gastrogene, enteritele, dispepsiile de fermentație și de putrefacție pot recurge la tratamentul hidromineral.

În *colita mucoasă*, adevărată nevroză intestinală, cu constipație și eliminări masive de mucus, se recomandă izvoarele minerale mai slab mineralizate, de preferință *bicarbonatate calcice-magneziene*, care influențează în sens pozitiv și secreția gastrică, de obicei scăzută sau dispărută. Administrate încălzite, ele influențează în mod favorabil constipația și eliminarea de mucomembrane.

Colita ulceroasă însă constituie o *contraindicație* pentru orice cură hidrominerală.

Sindromul complex al *constipației* obișnuite reprezintă una dintre indicațiile cele mai vechi ale terapiei hidrominerale, bineînțeles după excluderea stenozelor de orice natură pe toată întinderea tractului digestiv, care țin de domeniul chirurgiei.

Dischinezia rectală și constipația dureroasă, de asemenea nu beneficiază de curele minerale. În schimb *constipația obișnuită* dreaptă sau stîngă constituie una dintre indicațiile principale ale curei cu ape minerale.

În tratamentul hidromineral al constipației obișnuite trebuie să ținem seama de starea chimismului gastric (Teohari).

Astfel, în constipația obișnuită cu un chimism gastric normal se poate prescrie apa de *Vîlcele-izv. Sărat*, cît și apa de *Slănic Moldova n.* 1 *bis* sau chiar 1, care modifică prea puțin secreția gastrică.

În *constipația atonă a colonului stîng* asociată cu o hipoclorhidrie, se recomandă *izvoarele 6 și 8 de la Slănic*, cu acțiune excito-secretorie, dar cu prudență, mai ales la persoanele în vîrstă și rinichi puțin permeabili; *apa de Zizin*, mai slab mineralizată, e mai bine tolerată.

Hiperclorhidria gastrică supraadăugată, necesită apele de *Slănic* 1, 1 *bis* cît și apa de *Sîngeorz;* se va recomanda bolnavilor să fie băută dimineața, la deșteptare, 200 ml apă minerală, din izvoarele menționate, ținînd seamă de starea gastrică.

Apele concentrate, cu mai mult de 9 g clorură de sodiu la litru, nu se vor utiliza mai mult de 10 zile pe lună, putînd provoca la unii bolnavi semne de *iritație renală.*

Apele cu o mineralizație mai slabă *(Slănic* 1 *bis, Vîlcele, Sîngeorz, Zizin)*, consumate în doze de 1—2 pahare pe zi, nu prezintă nici un inconvenient, chiar continuate mai mult timp.

Cu aceste rezerve, apele minerale bine întrebuințate sînt de un real folos în tratamentul constipației obișnuite.

Afecțiunile hepatobiliare

După hepatita virotică se va institui o cură cu ape minerale la domiciliu numai după încetarea completă a bolii, cînd toate semnele de laborator s-au normalizat.

Se vor folosi apele *bicarbonatate sodice*, sau *sodice-calcice*, ca: *Bodoc-Matild, Caşin-Iacobeni, Harghita, Repat, Tinca*, cît și apa *slab clorurată calcică, sulfuroasă* de la *Căciulata*, prin excelență diuretică și coleretică.

În *congestia hepatică*, ca urmare a abuzurilor alimentare și de alcool, în *insuficiența hepatică*, în *stările de alergie alimentară*, cu urticarie, apele alcaline simple sau mai ales izvoarele *bicarbonatate calcice (Borsec, Biborțeni* ș.a.) cu sau fără adaos de sulfat de sodiu, au acțiune pozitivă în curele la domiciliu.

Cantitatea totală în raport cu greutatea, repartizată în trei prize, înaintea meselor, ușor încălzită, influențează în bine tulburările dispeptice prezentate de bolnavi.

În afecțiunile *veziculei biliare* și ale *căilor biliare* se cunosc de mult bunele rezultate obținute. Vor fi recomandate, în special, în *colecistitele subcronice* sau *cronice cu unul sau mai mulți calculi*, cînd se ajunge la o liniștire a litiazei și pregătirea în vederea unei intervenții operatorii.

Tot așa, *după o intervenție*, o cură la domiciliu poate pregăti căile biliare și preveni recidivele, destul de frecvente.

Dischineziile biliare, atone sau hipertone, cu tulburări dispeptice banale, colici hepatice și migrene, în *formele atone*, beneficiază de apele alcaline, iar în cele *hipertone* de apele de la Sîngeorz sau Slănic 1 bis.

Un regim igieno-dietetic completează în mod favorabil efectele curei minerale.

Bolile de rinichi și ale căilor urinare

Indicația principală în *afecțiunile renale* o constituie stările *reziduale* sau *vindecările incomplete* și lipsite

de tulburări subiective sau circulatorii: *albuminuriile cu hematurie microscopică* și *cilindrurie*, după glomerulonefrite acute care beneficiază în mare măsură de apele menționate: *Borsec*, *Buziaș*, *Bodoc-Matild*, *Malnaș-Mioara* sau *Victoria*.

Regimul dietetic constituie un adjuvant prețios.

Dintre *afecțiunile căilor urinare* menționăm mai ales *pielonefritele*, cînd se vor prescrie apele mai sus menționate și îndeosebi apele *clorurate-sulfuroase* de tip *Căciulata* sau *Săcelu*, izv. Seceleta, *slab mineralizate*, aplicate în doze progresive, de 100—150—200 ml de 3—4 ori pe zi.

Un regim în zig-zag (alcalin și acid) și asocierea sulfamidelor sînt de mare utilitate.

Litiazele constituie indicația cea mai importantă pentru curele de diureză, adaptîndu-se apa minerală la natura chimică a litiazei.

Astfel în *calculoza urică*, se vor folosi apele bicarbonatate sodice slab mineralizate *(Bodoc; Covasna; Malnaș, Mioara* și *Victoria, Repat)*, în *litiazele oxalice*, izvoarele carbogazoase ca: *Borsec*, *Buziaș*, *Covasna*, *Șaru-Dornei*, *Zizin-Principal*. Cura de diureză se va asocia cu un regim dietetic adecvat și se va realiza administrîndu-se, în doze fracționate de cîte 200—300 ml, înaintea meselor principale, cît și seara, la culcare, și noaptea, în momentul deșteptării pentru urinare.

În acest mod se obține o adevărată spălare a căilor urinare, urmată de eliminarea de nisip sau chiar de calculi.

Intercalarea în timpul zilei de „stossuri" de cîte 500 ml apă minerală, în asociere cu spasmolitice, asigură eliminarea chiar și a calculilor mai mari.

Administrarea apelor îmbuteliate, sub forma de cură de diureză, mai poate preceda o intervenție asupra rinichilor și a căilor urinare, în caz de calculi prea mari sau infectați, pentru a înlătura infecția, sau după intervenție, pentru a accelera vindecarea mucoasei lezate prin actul operator, cît și prevenind în același timp recidivele.

În *intoxicațiile cronice* cu metale grele, cu mercur și mai ales cu plumb, apele minerale sulfuroase, de tipul Căciulata-Călimănești, în cure de diureză, influențează în mod favorabil starea bolnavilor, favorizînd eliminările de metale grele.

Rezultatele obținute în afecțiunile menționate prin curele cu ape minerale îmbuteliate, chiar la domiciliul bolnavului, reprezintă cea mai bună dovadă a eficacității lor.

De asemenea, ar fi de dorit înființarea a numeroase centre, unde să se poată efectua aceste cure cu ape transportate în parcuri, policlinici, sau chiar spitale, unde s-ar putea asigura o aprovizionare curentă cu ape minerale, bine și proaspăt îmbuteliate, precum și o asistență medicală de specialitate.

Dr. doc. **EUGEN COCIAȘU**

dietetica modernă
în insuficienţa renală

Importanţa regimului alimentar în bolile rinichiului este atît de mare, încît dieta poate fi considerată pe drept cuvînt ca baza tratamentului.

Funcţia rinichiului este consacrată excreţiei: el este organul care concentrează şi elimină o serie de produşi reziduali proveniţi din arderea în organism a diferitelor substanţe introduse prin alimentaţie sau sintetizate de acesta. Substanţele nutritive se împart în glucide (zaharuri), lipide (grăsimi) şi proteine. În afară de aceste principii de bază, odată cu alimentele pătrund în organism mineralele necesare (sodiu, potasiu, fier, calciu) şi vitaminele.

Prin arderea (metabolizarea) glucidelor şi lipidelor se ajunge în final la bioxid de carbon (care se elimină prin plămîni) şi apă. Metabolizarea proteinelor este însă o sursă de reziduuri foarte variate, cum ar fi: ureea, acidul uric, produşii aromatici, acizii (fosforic şi sulfuric) şi alte substanţe. Rinichiul este calea de eliminare a deşeurilor azotate şi a acizilor, deci a substanţelor rezultate din proteine.

În evoluţia bolilor de rinichi se ajunge mai curînd sau mai tîrziu la un stadiu în care rinichiul nu mai poate face faţă solicitărilor, devenind insuficient funcţional. Insuficienţa renală reprezintă un stadiu relativ avansat al bolilor renale, deoarece rinichiul este un organ cu mari rezerve. Se ştie de pildă că donarea unui rinichi pentru a fi transplantat, îndepărtarea chirurgicală a unui rinichi tumoral sau zdrobit în cazul unui accident, nu au, practic importanţă dacă rinichiul restant este sănătos.

Rinichii insuficienţi nu mai pot asigura o eliminare urinară egală cu producţia de reziduuri azotate şi de acizi. Proporţional cu gradul insuficienţei renale, în sînge se vor acumula o serie de produşi mai mult sau mai puţin toxici. La un anumit grad de alterare a mediului interior, adică la un anumit grad de autointoxicare, apar semnele clinice generale ale insuficienţei renale: lipsa poftei de mîncare, astenia, slăbirea, alterarea stării generale etc. Nu rareori bolile de rinichi sînt descoperite abia în acest stadiu. Din multitudinea de substanţe acumulate în sînge în insuficienţa renală, cîteva se determină în mod curent în laborator, servind ca indicatori ai gradului incapacităţii renale. *Ureea*, substanţă de altfel lipsită de toxicitate, *creatinina* şi *acidul uric* sînt indicatorii cei mai valoroşi. Normal ureea din sînge se situează între 20 şi 40 mg %.

La baza dieteticii actuale stau cunoştinţele moderne de biochimie şi de fiziologie. De aceea, dietetica ştiinţifică în bolile rinichiului s-a constituit destul de tîrziu, abia în ultimele trei-patru decenii ale secolului nostru. O piatră de hotar o reprezintă recomandarea făcută de Addis în 1948 privind reducerea cantităţilor de proteine din alimente.

Proteinele sînt deci considerate ca sursa substanţelor care intoxică organismul bolnavului cu insuficienţă renală. Proteinele sînt substanţe macromoleculare (complexe), formate la rîndul lor din aminoacizi. Aminoacizii, aceste pietre de construcţie ale proteinelor, sînt de două feluri: a) esenţiali, care nu pot fi sintetizaţi de organism, ci sînt introduşi cu alimentele şi b) neesenţiali, care pot fi produşi în organism din substanţe mai simple. Anumite alimente de origine animală, cum ar fi oul sau laptele, sînt deosebit de bogate în aminoacizi numiţi esenţiali, adică indispensabili existenţei. Alte alimente, cum ar fi legumele boabe sau chiar pîinea, deşi au un conţinut

destul de bogat în proteine, sînt sărace în aminoacizi esenţiali. Recunoaşterea acestei deosebiri între aminoacizii esenţiali şi neesenţiali a determinat un progres remarcabil în dietetica insuficienţei renale.

Un bolnav cu insuficienţă renală are o capacitate limitată de a elimina prin urină reziduurile metabolismului azotat provenite, cum am mai spus, din arderea proteinelor. Se ştie astăzi că 1 g de uree rezultă din arderea a 3 g de proteine. Pentru a echilibra balanţa intrărilor şi ieşirilor de azot, bolnavul respectiv va trebui să-şi scadă cantitatea de proteine din alimente, la nivelul posibilităţilor de eliminare ale rinichiului.

Să luăm un exemplu concret: dacă un bolnav emite doi litri de urină pe 24 de ore şi are o uree urinară de 5 g%, înseamnă că în 24 de ore elimină $5 \times 2 = 10$ g uree. Cele 10 g uree provin din arderea a 30 g proteine. Deci, pentru evitarea acumulării în sînge de reziduuri azotate bolnavul va respecta un regim alimentar cu maximum 30 g de proteine. Acest regim se poate calcula pe baza tabelelor care arată conţinutul în principii nutritive al alimentelor. Lucrurile sînt uşurate de faptul că dulciurile (zahăr, miere, gem etc.), grăsimile (unt, untdelemn etc.), fructele, legumele verzi şi zarzavaturile conţin cantităţi mici de proteine, de care se poate face abstracţie în calcul, bolnavul putînd consuma oricît doreşte. Alimente bogate în proteine sînt carnea şi brînza (20%), legumele boabe, făinoasele şi chiar pîinea.

Regimul alimentar din insuficienţa renală va trebui să asigure caloriile necesare, dar să aducă o cantitate cît mai mică de proteine. Aminoacizii esenţiali, prezenţi îndeosebi în proteinele animale, sînt însă indispensabili. De aceea, regimul va include neapărat şi alimente bogate în astfel de aminoacizi care au o înaltă valoare biologică. La aceste regimuri perfecţionate s-a ajuns abia în ultimii zece ani, în urma studiilor făcute de Giordano, Giovanetti, Magiorre şi alţii. Cu astfel de diete conţinînd dulciuri, grăsimi, fructe, zarzavaturi şi două ouă (un ou are $\approx$ 7 g proteine cu înaltă valoare biologică) s-au putut menţine într-o stare confortabilă timp relativ îndelungat bolnavi cu o funcţie renală grav alterată.

Deoarece pîinea este un aliment la care nu se poate renunţa uşor dar care conţine totuşi multe proteine (8%), s-au realizat formule de preparare pe baza făinii de amidon a unei pîini cu circa 1% proteine, care poate fi consumată practic fără restricţii. Reţeta de pîine specială folosită în Clinica medicală a Spitalului de urgenţă din Bucureşti este simplă şi dă o pîine bună la gust, pe care bolnavii şi-o prepară la domiciliu. Restricţiile alimentare mai riguroase privesc însă numai bolnavii aflaţi într-un stadiu relativ avansat al bolii renale, a cărui evaluare nu poate fi făcută decît de specialist.

Cîtă vreme rinichiul funcţionează satisfăcător, bolnavul are un regim alimentar relativ liber, evitînd doar alimentele iritante, cum ar fi condimentele.

La majoritatea bolnavilor de rinichi suplimentele de vitamine, calciu, fier etc. nu sînt necesare. Cît priveşte sarea, probabil că la bolnavii de rinichi s-a greşit mult mai mult eliminînd sarea din alimente decît administrînd-o în cantităţi prea mari. Restricţiile de sare se aplică numai la bolnavii cu hipertensiune arterială şi la cei cu edeme (umflarea feţei, a gleznelor etc. însoţită de creştere în greutate). Există forme de boală renală în care prin rinichi se pierd importante cantităţi de sare, sărăcind organismul în sodiu şi agravînd prin aceasta starea rinichiului. Stabilirea corectă a unui bilanţ de sare cu precizarea cantităţii pe care bolnavul trebuie să o consume cade de asemenea în sarcina specialistului.

Cu un regim dietetic bine condus s-au obţinut supravieţuiri îndelungate, bolnavii bucurîndu-se de o condiţie generală surprinzător de bună.

Dr. **C. ZEANA**

DESPRE BĂTRÎNEȚE

Bătrînețea sau vîrsta înaintată a omului nu este o entitate fixă. Bătrînii prezintă aspecte fizice, spirituale și morale, precum și atitudini în fața vieții și a morții, foarte variate și foarte contradictorii, dovedind astfel că nu există un tip, ci nenumărate tipuri de bătrîni și de bătrîneți. Autobiografiile și biografiile unor cunoscute personalități din lumea artelor, științelor și din alte domenii evidențiază resursele ingenioase și nebănuite pe care le are omul în menținerea vigorii sale spirituale, morale și fizice sub povara anilor.

Documentele umane amintite atestă că și leacul preventiv și curativ al bătrîneții este multiplu și variat. Ele contrazic și groaza de bătrînețe a lui Juvenal din satira a zecea, în care poetul susține că tinerii sînt diferiți între ei, în frumusețea feței, a puterii și în suplețea taliei, iar bătrînii sînt toți egali între ei, în nenorociri. Chiar pentru timpul lui Juvenal nu este de crezut că bătrînețea lovea deopotrivă pe toți oamenii și că ei nu cunoșteau remedii salutare împotriva ei. Poate doar în parte să aibă dreptate causticul satiric și numai pentru lumea greacă și romană, dar mult mai puțin pentru epoca Renașterii și deloc pentru epoca noastră. Pentru epoca Renașterii avem un document contemporan unic în cartea lui Giorgio Vasari (carte apărută la Florența în anul 1550, transmisă pînă în zilele noastre în zeci de ediții; tradusă în toate limbile culte de pe glob), din care rezultă că numeroși senescenți pictori, sculptori și arhitecți au știut să creeze și la apusul vieții opere demne de faima lor. Să recunoaștem însă că nici în lumea greacă și romană și nici în epoca Renașterii, bătrînețea nu era ocrotită ca astăzi prin pensionare și prin diferite instituții, modalități și forme de ocrotire și asistență socială.

Iată cîteva gînduri înțelepte culese de la bătrîni, pentru bătrîni, pentru ușurarea bătrîneții.

În mod obișnuit li se spune oamenilor că sînt bătrîni de la o anumită vîrstă în sus. La grecii antici omul era socotit bătrîn de la 50 de ani; la romani dacă era trecut de 60 de ani. Numărul anilor, adică vîrsta calendaristică, a rămas unitatea de măsură obișnuită a vîrstelor. Leonardo da Vinci, și alți creatori, își numără anii în funcție de idealul lor de creație, în funcție de ceea ce mai au de realizat din marile lor intenții. Acest exemplu dovedește că orice om care are un ideal, un scop în viață, privește înainte și se păstrează activ și în așa-zisa perioadă a bătrîneții.

Ideea fixă că bătrînețea trebuie să fie pasivă și sedentară, adică să-l țină pe omul bătrîn în permanentă odihnă, este o tot atît de puternică otravă ca ideea despre moarte, atunci cînd se cuibărește în capul omului. Un protest memorabil și salutar pentru toate generațiile l-a emis Georges Clemenceau împotriva acestei idei mioape; la 70 de ani el s-a dus în India să vîneze tigri și în preajma morții a cerut să fie înmormîntat în picioare. Clemenceau recomanda bătrînului activitate și mișcare.

Egoismul și zgîrcenia fac dese victime printre bătrîni. Lupta împotriva acestor racile trebuie dusă prin lectura vieților ilustre și prin cultivarea prieteniei. Chiar în cultura noastră găsim exemple de personalități generoase, creatori de școală, sprijinitori ai tineretului. Două personalități, una din lumea artei muzicale, George Enescu,

și alta din știința medicală, Victor Babeș, pot constitui două modele. Și cultivarea prieteniei constituie un leac contra singurătății, a izolării, dușmanul funest al bătrînului. Strămoșii noștri romani cunoșteau remediul acesta, după cum rezultă din corespondența lui Pliniu cel Tînăr.

Omul bătrîn cultivă cu mai multă simpatie experiența veche, el este dispus mai curînd să privească înapoi, și mai puțin înainte ca omul tînăr. Marii oameni de cultură și de stat dezic această predilecție. Ei ne dovedesc că cine merge în pas cu timpul, cu ideile și idealurile noi ale patriei, acela își alungă din fața ochilor spectrul bătrîneții.

Se zice că omul devine realmente bătrîn atunci cînd nu se însuflețește pentru nimic. Semnul sigur al bătrîneții ar fi stingerea oricărei pasiuni. Este mult adevăr în această observație. Dar, după Emerson, există un remediu pentru umplerea acestui gol: cultivarea iubirii față de frumusețea generală și veșnică. Bătrînul care își ocupă timpul liber frecventînd muzee, conferințe despre artă, care își găsește îndeletniciri în pictură, în sculptură, în grădinărit; bătrînul care participă la activitățile obștei pentru înnobilarea mediului înconjurător și alte îndeletniciri sau activități de acest fel își va modela singur o pasiune, una singură, însă plină de noblețe și pe măsura vîrstei sale.

Unii poeți își prelungesc în chip nefiresc pasiunile lîncezite, cultivînd iubirea femeilor tinere. În focul acestor iubiri care le tulbură mintea și le hrănește visarea, poeții bătrîni susțin că află stimulente puternice pentru creație. Goethe este o pildă în acest sens. Dar să nu uităm că acest mare poet a cultivat, paralel, cu și mai multă vigoare idealurile clasicismului. Fără acest al doilea stimulent, este greu de crezut că Goethe ar fi dat opere desăvîrșite și la bătrînețe.

Pasiunile iubirii iscate în inima bătrînilor sînt de regulă lipsite de bucurii și pline de amărăciune. Iubirile poeților bătrîni cu tinere fete, tolerate acestora ca și licențele lor poetice, nu le admite societatea și altora, chiar atunci cînd duc la matrimoniu. Pe bătrînul Caton, temutul și reputatul moralist roman, după ce la 60 de ani s-a căsătorit a doua oară cu o tînără fată, contemporanii l-au judecat cu asprime. După înțelepciunea societății, bătrînețea este vîrsta seriozității și nu a voluptății.

Mulți oameni cred în mod eronat că oamenilor de cultură și de artă le scade forța de creație în perioada bătrîneții. Nici pentru antichitate, cînd viața cărturarului era mult mai grea, părerea nu se confirmă ca regulă. Filozoful Xenofon a trăit o sută de ani, Pitagora aproape tot atît, Platon optzeci. Sofocle a trăit nouăzeci de ani și a scris pînă la adînci bătrînețe peste o sută de tragedii. Nici filozofii mai înainte amintiți n-au fost sterili la bătrînețe. Și Solon și Cicero se laudă cu bătrînețea. Cicero susține că și bătrînii muncesc pe vasul vieții, însă la cîrmă. La marii creatori din domeniile culturii și artelor se dovedește că mai puțin contează principiul fizic decît cel spiritual. Un splendid exemplu în acest sens ne dă Michelangelo, care la 70 de ani începe să picteze Capela Sixtină, lucrînd pe schele și pe spate, în condiții chinuitoare și neîntrerupt, luni în șir.

Bătrînul a fost și este considerat pe bună dreptate un factor important al propășirii, o verigă în lanțul evoluției. Experiența și învățătura acumulată, devotamentul și abnegația dovedite în serviciul patriei îl fac pe Platon să pretindă, în cartea lui „Despre Stat", o cinste deosebită pentru bătrîni. Bătrînii care posedă conștiința acestei valori au prestanță și demnitate.

Dr. **ION NEGRU**

SEXUALITATEA ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE

În epoca noastră bolile cardiovasculare se răspîndesc tot mai mult, atingînd oameni de toate vîrstele — tineri şi bătrîni. De aceea popularizarea unor reguli de conduită în viaţă şi de igienă generală devine o necesitate. Nu rareori, vechi hipertensivi sau bărbaţi care au avut infarct cer sprijinul medicului nu numai pentru boala de care suferă, ci şi pentru probleme sexuale, solicitînd medicaţie pentru tulburările sexuale sau sfaturi cu privire la comportamentul sexual: frecvenţa raporturilor, riscuri ale efortului sexual ş.a.

Cum era şi firesc, medicina a dat importanţa cuvenită prevenirii şi tratamentului afecţiunilor cardiovasculare, dar s-a ocupat în mai mică măsură de năzuinţele intime ale bărbatului suferind. Aşa se explică de ce informarea bolnavului şi a anturajului său în acest domeniu lasă de dorit.

Să vedem la ce eforturi este supus organismul în timpul actului sexual. În ultima vreme, datorită aparatelor electrografice, au putut fi mai bine analizate reacţiile organismului uman la excitaţiile sexuale. Au fost astfel studiate şi înregistrate în cursul raportului sexual bătăile inimii, contracţiile musculare şi undele creierului. În urma acestor investigaţii s-a observat că senzaţiile sexuale diferă ca intensitate cu individul şi cu vîrsta. În decursul activităţii sexuale, au loc o serie de reacţii fiziologice care demonstrează că organismul participă în întregime la acest act. Sînt caracteristice astfel vasocongestia generalizată, urmată de creşterea generală a tensiunii musculare. Congestia vasculară creşte treptat pînă în momentul destinderii fiziologice denumită orgasm. Respiraţia devine mai amplă, putînd depăşi 40 de respiraţii pe minut. În momentele de maximă tensiune sexuală au fost înregistrate şi 180 de bătăi ale pulsului pe minut. La individul normal tensiunea arterială poate creşte cu 40—100 mm Hg, iar cea minimă cu 20—50 mm Hg. Aceste creşteri tensionale nu sînt strict legate de efortul sexual, ci ele pot surveni şi după orice alt efort fizic, emoţii sau stări de tensiune psihică. În funcţie de vîrstă şi de individ, reacţia generală a organismului este mai intensă sau mai slabă. La tineri, reacţiile sexuale sînt puternice, dar şi adaptabilitatea organismului la variaţiile tensionale este mai rapidă şi mai bună, vasele fiind mai elastice. Paralel cu înaintarea în vîrstă, scade ritmul activităţii sexuale şi totodată scade şi intensitatea reacţiilor sexuale. Bătrînii, ale căror vase şi-au pierdut elasticitatea, rezistă mai puţin chiar la eforturi mici. La vîrstnici, rezistenţa depinde şi de felul de viaţă a individului: dacă a fost sportiv şi a dus viaţă sănătoasă, sau dacă dimpotrivă a fost mare fumător, a abuzat de alcool etc. Explorări fiziologice întreprinse în laboratoare de specialitate au dovedit de altfel că intensitatea şi durata congestiei vasculare la nivelul organelor genitale scad cu vîrsta.

Dacă o viaţă sexuală cumpătată şi ordonată nu solicită organismul mai mult decît alte eforturi fizice, în schimb excesele sexuale pot provoca cu uşu-

rință accidente vasculare. Pentru un cardiac, actul sexual nu este nepermis, dar este bine să fie alese poziții avantajoase care să nu obosească inima. De pildă actul sexual pasiv este mai bine suportat decît cel activ. Explorări în laboratoare au arătat că la cei cu insuficiență coronariană, frecvența și intensitatea extrasistolelor și a crizelor anginoase în timpul actului sexual sînt comparabile cu cele din timpul altor activități obișnuite. Crizele anginoase în timpul raportului sexual sînt totuși extrem de rare, cu condiția evitării abuzurilor sexuale.

Se cunosc numeroase cazuri de bărbați cu cardiopatie ischemică și care în decurs de 15—20 de ani de viață normală dar cumpătată nu au constatat semne de înrăutățire a bolii în timpul raporturilor sexuale. Există, de asemenea, nașteri în bune condiții la femei cardiace, bineînțeles sub supraveghere medicală.

Într-un studiu efectuat pe 100 bărbați cu afecțiuni cardiovasculare s-a notat scăderea frecvenței raportului sexual după instalarea infarctului la 63%, 34% dintre aceștia renunțaseră la orice activitate sexuală. Examenul medical de specialitate a arătat că numai la 1% din bolnavi insuficiența sexuală era motivată, în celelalte cazuri scăderea funcției sexuale era cauzată de factori psihici: stări depresive cu pierderea libidoului, teama de recidive, frica soției de consecințele efortului sexual. În general, bolnavii cu afecțiuni cardiovasculare sînt recuperabili. Cu excepția cazurilor mai severe (hipertensiune malignă, insuficiență cardiacă etc.), bărbații își reiau treptat viața normală. Cei care nu sînt la vîrsta pensiei își reiau activitatea profesională sau pot lucra cu program redus. Reluarea vieții sexuale constituie o problemă pentru bolnav. El va trebui să țină seama de indicațiile medicului curant în ceea ce privește dozarea eforturilor. La bărbatul în vîrstă se recomandă prudență în acțiunile întreprinse. Există bărbați care după 70 de ani sau chiar la 80 de ani își păstrează încă virilitatea. Acestora trebuie să li se atragă atenția asupra fragilității lor vasculare și asupra faptului că un efort cît de mic poate declanșa accidente vasculare cerebrale (ictusuri) prin tromboză, hemoragie sau spasm vascular.

Dr. MADELEINE MĂICĂNESCU - GEORGESCU

PROBLEME DE IGIENĂ MINTALĂ

Griji, necazuri... sau tensiuni, stressuri?

Există vreo metodă care să evite constituirea unor astfel de stări?

Este evident că aceste chestiuni constituie o problemă de cea mai mare importanță pentru fiecare om. Persistența unor astfel de stări împiedică realizarea obiectivelor principale ale igienei mintale, care sînt realizarea unei minți echilibrate și armonioase.

Caractere generale tuturor stărilor de grijă

Un caracter deosebit îl constituie faptul că aceste stări au o răspîndire aproape generală: cu o intensitate mai mare sau mai mică, ele pot fi întîlnite aproape la fiecare om, la orice vîrstă, în condițiile oricăror activități profesionale, ca și în celelalte activități cu caracter distractiv.

Uneori grijile, necazurile, preocupările, sînt însoțite de stări emotive, de frică, de temeri, de dorințe, tînjiri, împletite cu imagini, noțiuni, idei care pot avea un caracter fantezist sau fantastic. Pe lîngă persistența lor mai mult sau mai puțin îndelungată, aceste stări sînt accentuate uneori de tendințe obsesive, manifestate prin gesturi, exprimări, acțiuni de aspect impulsiv.

Multiplicitatea lor determină o stare de confuzie, o dezordine interioară, constituind o piedică pentru o gîndire limpede, pentru o sensibilitate fină și o acțiune unitară, coerentă. Ca urmare, se constată frecvent o incapacitate de a stabili relații de colaborare și de înțelegere cu cei din jur.

Conduite tradiționale

Fiind îndeobște recunoscută acțiunea dăunătoare a stărilor de care ne ocupăm, au fost încercate diferite conduite, pe care le vom enumera succint. Unele dintre ele se produc ca reacții automate, care au fost asemuite cu reacțiile fiziologice de apărare.

1) Una din atitudinile frecvent adoptate este aceea de a le respinge. Respingerea este exprimată sub diverse forme: încercarea de a fugi de ele, de a le evita, de a le ignora, de a le uita; negarea lor este realizată prin diferite mijloace: fumarea unei țigări, consumarea unei băuturi alcoolice, folosirea unei distracții oarecare sau a unei activități artistice, sportive etc., a unei lecturi, a unei audiții muzicale ș.a.m.d., toate acestea avînd obiectivul precis, conștient sau nu, de a fugi de stările supărătoare.

2) O altă modalitate de a le respinge constă în depunerea unei sforțări cu scopul de a le învinge, a le înăbuși, a le reprima. În cursul acestor reacții de împotrivire se constată o accentuare a contracțiilor musculare, a crispărilor.

3) O altă formă de respingere, frecvent recomandată, constă în folosirea unor formule verbale de negare, cum ar fi: eu n-am griji, sînt fericit etc. Uneori se folosesc repetări, chiar exerciții spre a micșora sensibilitatea, spre a deveni nesimțitori, împietriți, cu scopul de a scădea reactivitatea firească.

4) O conduită frecvent recomandată constă în adoptarea resemnării, în a le accepta ca o fatalitate. Această atitudine a fost justificată chiar cu pretinse generalizări de aspect filozofic: că viața este legată de suferință, că suferința are o rațiune, are un efect salutar etc. Și acestor susțineri li se dă adesea un sens mistic, evident obscurantist, de negare a fenomenelor și proceselor naturale.

5) Adesea, ca o mărturisire a incapacității de a le rezolva, soluția este amînată, pentru un viitor neprecizat; alteori se recurge la speranța că o întîmplare oarecare, o împrejurare sau chiar intervenția cuiva va rezolva problemele, care se manifestă ca griji, necazuri etc.

Aprecieri critice la adresa conduitelor tradiționale

Este ușor de constatat că toate aceste conduite nu sînt în stare și nu pot rezolva sau înlătura grijile și stările asemănătoare; dar nu numai că nu le rezolvă, ci le și complică, astfel încît soluția devine chiar mai dificilă.

Dacă este vădit că fuga, hotărîrea de a îndura, de a răbda, amînările, nu pot aduce nici cea mai mică soluție, este tot atît de evident că sforțările de respingere sau de micșorare a sensibilității duc doar la istovire, fiind tot atît de zadarnice, chiar dăunătoare, accentuînd stările de tensiune, înlesnind astfel apariția unor nevroze astenice, reactive sau viscerale.

Cum e cel mai bine să se procedeze

Este firesc să fie pusă întrebarea dacă există medicamente care să înlăture astfel de stări, care să mențină mintea vioaie, ageră, proaspătă. Negreșit că stările excesive, însoțite de neliniște, de agitație, de deprimare etc., fac necesară folosirea medicamentelor. Tratamentul are ca obiectiv calmarea, scăderea stării de tensiune, de agitație, atenuarea stării de excitare a celulelor nervoase. De bună seamă, nu există medicamente care să ne poată ajuta la rezolvarea problemelor personale.

Multiple și felurite cercetări minuțioase, efectuate de oamenii de știință din diferite domenii, dar mai ales în cadrul igienei mintale, au arătat că aceste stări pot fi evitate și înlăturate.

Să adoptăm o conduită științifică

Înainte de a expune în ce constă, este necesar să ne fie limpede cum înțelegem să trăim. Socotim că este preferabil să ne lăsăm în voia automatismelor proprii? Căci grijile, stressurile și celelalte sînt reacții automate ale minții noastre, ca și emoțiile care le însoțesc. Considerăm oare că ne putem duce viața la voia întîmplării, că este inteligent și bine să asistăm pasivi la desfășurările propriilor automatisme?

Dacă vrem în mod real, dacă vrem cu adevărat să scăpăm de griji, ca și de celelalte stări asemănătoare, să le rezolvăm în mod inteligent, este vădit că trebuie să adoptăm o conduită științifică. Aceasta constă în a realiza o *cunoaștere obiectivă* a ceea ce constituie grijile și stările asemănătoare, dar și prin cunoașterea obiec-

tivă a răspunsurilor, a reacțiilor față de ele.

Prin *perceperea* cît mai clară a reacțiilor de fugă, de împotrivire, de înăbușire, a sforțărilor de respingere, ca și prin vederea faptului zădărniciei tuturor acestora, vom realiza cunoașterea obiectivă. Prin observarea obiectivă, care se află la baza oricărei cunoașteri științifice, se poate realiza un contact real cu esența problemelor care produc grijile și poate fi găsită soluția lor inteligentă.

Mintea devenind capabilă de a percepe nu numai reacțiile ei, ci și răspunsurile la aceste reacții, se eliberează de confuzii, capătă o luciditate și o inteligență reală, care îi ajută să găsească cele mai bune soluții și în același timp să-și realizeze o ordine și o armonie interioară adevărată. Prin această metodă mintea ajunge să se cunoască și să se înțeleagă pe sine, ceea ce o face în stare să înțeleagă și pe cei din jur, ceea ce îi permite să realizeze relații de colaborare și de cooperare, de înlăturare a conflictelor, realizînd bazele unei destinderi reale.

După cum este sigur că nimeni nu poate să ne rezolve problemele noastre, că acestea nu se pot rezolva singure, apare vădit, ca o necesitate, să ne ocupăm noi singuri de ele. Și în măsura în care vom avea un interes real de a le găsi soluția, este sigur că vom găsi pasiunea și energia necesară.

Dr. S. DIAMANT—PETRESCU

Dezlegarea jocurilor de la pag. 190

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	D	I	S	T	I	N	C	T
2	I	M	P	U	T	A	R	I
3	S	P	I	R	I	D	O	N
4	T	U	R	A	N	I	T	E
5	I	T	I	N	E	R	A	R
6	N	A	D	I	R	A	L	E
7	C	R	O	T	A	L	U	S
8	T	I	N	E	R	E	S	C

A

M	A	X	I	L	A	R	
V	E	R	T	E	B	R	E
A	S	T	R	A	G	A	L
M	E	T	A	C	A	R	P
P	A	L	A	T	I	N	E
N	I	C	O	V	A	L	A
P	I	S	I	F	O	R	M
	H	U	M	E	R	U	S

B

DIN ISTORIA SPITALELOR BUCUREȘTENE

IULIU BARASCH, INIȚIATORUL SPITALULUI DE COPII

Pînă în cea de-a doua jumătate a secolului trecut, orașul București nu dispunea încă de un spital special destinat pentru copii, cu toate că primele indicații care atestă preocupări de întemeiere a unui astfel de spital se găsesc incluse într-un ofis din 24 mai 1832, anul cînd abia urma să ia ființă a doua instituție de acest gen din Europa (Berlin, 1834), prima fiind aceea din Paris, din anul 1802.

De asemenea, în regulamentul Eforiei spitalelor, pus în aplicare de la 14 aprilie 1834, se prevedea că „din prisosul veniturilor spitalului Pantelimon, se va zidi în București un spital în care se vor primi femeile sărace care vor veni să se ușureze și copiii cei bolnavi, de la vîrsta de trei zile la 15 ani".

Doctorul *Iuliu Barasch* (1815—1863), mare deschizător de drumuri, văzînd necesitatea stringentă a unui asemenea așezămînt spitalicesc, inițiază înființarea unui spital pentru copii, care, în primii săi ani de funcționare, avea să fie instalat în chiar locuința lui, aflată în mahalaua Crucea de Piatră din Dudești.

Deși clădirea spitalului era improprie, totuși începutul era făcut și în această inițiativă rezidă deosebitul merit al acestui filantrop, unul dintre cei mai pricepuți medici din acea epocă, profesor la Colegiul național Sf. Sava și printre primii profesori ai Școlii naționale de medicină și farmacie întemeiate de Carol Davila, neobosit publicist și popularizator al științelor.

În scurt timp după acest merituos început, care nu putea să dăinuie în forma sa inițială, oficialitatea se sesizează și dispune mai întîi organizarea unui ambulatoriu; apoi, cu începere de la 10 octombrie 1858, acesta este transformat într-un spital cu 40 de paturi, din care s-a dezvoltat ulterior actualul spital de copii „Grigore Alexandrescu".

La această ctitorie spitalicească Alexandru Dimitrie Ghica, principe luminat, bun patriot și sprijinitor al Unirii, își are și el partea sa de contribuție, pe care doctorul Barasch o semnalează într-o scrisoare publicată în ziarul *La Voix de la Roumanie*, numărul din 23 ianuarie 1862, adresată redactorului acestui periodic.

Iată traducerea textului francez al scrisorii:

Domnule Redactor,

Ați publicat în ultimul număr al valorosului dv. jurnal o notiță necrologică despre principele Alexandru Ghica, ale cărui domnii sînt în legătură cu o epocă atît de memorabilă pentru istoria românilor. Permiteți, Domnule Redactor, ca la elogiile atît de meritate ce ați adresat ilustrului defunct, să adaug și eu încă unul, care desigur nu va fi cel mai mic. Principele Ghica este fondatorul spitalului de copii din capitala noastră; în acest așezămînt, într-un scurt interval de trei ani, s-au îngrijit mai mult de patru mii de copii aflați pradă nenumăratelor boli care lovesc în prima perioadă a vieții omenești și care, mai înainte, prăpădeau cea mai mare parte a acestor nenorocite generațiuni. Nu voi uita niciodată graba și marele zel depuse de principele Ghica la îndeplinirea proiectului pe care avui onoarea să i-l supun cu această ocazie. Și cînd, după ce a învins primele greutăți

inerente începuturilor unei asemenea opere, spitalul fu inaugurat la 24 august 1858, la care solemnitate a asistat și principele Ghica, el văzu acest azil al suferinței deschis attor ființe nevinovate și plăpînde, și lacrimi de bucurie se scurseră pe obrajii săi și-mi spuse atunci aceste cuvinte: „Este o frumoasă zi pentru mine; una ca aceasta nu o voi uita niciodată". Numele său să fie binecuvîntat și înscris în cartea nemuritoare unde strălucesc aceia dintre treptele acestei lumi care au înțeles că misiunea lor este să facă numai și numai bine umanității și care și-au închinat viața lor cultului marii și sublimei divinități care se numește filantropie.

Primiți, Domnule Redactor, asigurarea considerației celei mai distinse de la amicul dumneavoastră.

(ss) Dr. IULIU BARASCH
medic, director al Spitalului de copii din București

6 ianuarie 1862

Din această scrisoare-document, în care doctorul Barasch cu multă modestie își împarte rolul de realizator al primului spital de copii din patria noastră cu domnitorul Alexandru Ghica, aflăm data precisă a inaugurării lui, precum și cît a fost solicitat în primii lui ani de existență.

Din nefericire, atunci cînd scria rîndurile de mai sus doctorul Iuliu Barasch nu bănuia că numai peste un an, adică la 12 aprilie 1863, va înceta prematur din viață.

Însă numele lui va rămîne înscris în „cartea nemuritoare" despre care el însuși amintea, pentru că și el și-a înțeles misiunea umanitară de a face numai bine, spre folosul colectivității.

Prof. emerit dr. **CONSTANTIN SIMIONESCU**

asupra unei priorități

PRIMA CARTE DE ENDOCRINOLOGIE

Istoria, din păcate, înregistrează cîteodată și erori asupra priorității descoperirilor făcute în diverse ramuri ale științei. Așa s-a întîmplat cu *babesiile* descoperite de prof. dr. *Victor Babeș* și medicul veterinar *Constantin Starcovici*, atribuite însă americanilor *Smith* și *Kilborne,* sau cu *insulina* legată de numele profesorului dr. *Nicolae Paulescu*, dar considerată ca fiind exclusiv descoperită de savanții canadieni *Banting* și *Mac Leod.*

De rîndul acesta prioritatea apariției unei cărți științifice este disputată între români și anume se știe că, în anul 1909, în editura Maloine din Paris, prof. *Constantin Parhon* și dr. *Moise Goldstein* au publicat volumul *Les sécrétions internes (pathologie et physiologie),* considerat drept prima lucrare apărută în acest domeniu.

Mai puțin cunoscut este însă faptul că, cu patrusprezece ani mai înaintea apariției acestui volum, prof. *Alexandru Vitzu*, întemeietorul primului institut de fiziologie din România, a imprimat în București cartea *Doctrina secreţiunilor interne din punctul de vedere al rolului ce-l au în organism.*

Comparînd conținutul celor două cărți, constatăm că Vitzu descrie numeroase date clinice și cercetări experimentale relative la glandele endocrine cunoscute în timpul său fără a cita pe Parhon și Goldstein întrucît, după cum ei înșiși recunosc, prima lor lucrare datează din 1900, pe cînd Vitzu își începuse cercetările endocrinologice din 1882.

La rîndul lor Parhon și Goldstein, în urma progresului realizat între timp, amintesc mult mai mulți autori în lucrările lor și chiar Vitzu este citat de trei ori, unul din citate, în care se arată că Vitzu „a reușit să producă diabet experimental prin extirparea pancreasului" fiind extras din cartea acestuia (capitolul „O nouă funcțiune a pancreasului").

Remarcată prin noutatea subiectului tratat, cartea lui Vitzu a fost propusă Academiei Române spre a fi premiată. Raportorul, prof. *Iacob Felix,* își încheia astfel raportul: „Cu toate că lucrarea d-lui Vitzu nu este originală, că ea se prezintă ca o critică a faptelor descoperite de alții și verificate de d-l Vitzu, prin numeroase experimente, subsemnatul o consider ca una din cele mai bune lucrări de știință publicate în ultimul timp și are onoare a o recomanda osebitei atențiuni a d-voastră, domnilor colegi, fără a o recomanda pentru premiu".

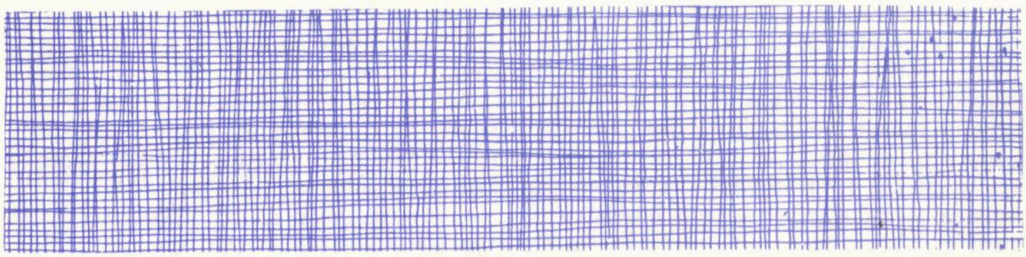
Este de mirare că, deși atît de elogios prezentată datorită realelor calități, *Doctrina secreţiunilor interne* nu a fost premiată, în schimb, mai tîr-

ziu, aceeaşi Academie Română va acorda premiul Serfiotti volumului *Les sécrétions internes*, iar pe Vitzu, poate ca o compensaţie, în 1897, îl va alege membru corespondent la Secţiunea Ştiinţifică. Asupra priorităţii cărţii lui Vitzu, în compendiul privind *Istoria învăţământului din România*, apărut în 1971, se recunoaşte că Vitzu „a lăsat un tratat intitulat Doctrina secreţiilor interne (1895), fiind în această privinţă un precursor al acad. C.I. Parhon" (pag. 190).

În felul acesta, prioritatea publicării primului tratat de endocrinologie din lume este disputată de trei cercetători români, C.I. Parhon şi M. Goldstein de-o parte şi Al. Vitzu de altă parte.

Disputa este măgulitoare pentru ştiinţa românească.

Prof. emerit dr. **CONSTANTIN SIMIONESCU**



Dezlegarea jocului de la pag. 191

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	B	A	L	A	D	A	■	A	T	A	V	I	C
2	■	S	E	N	I	L	I	T	A	T	E	■	I
3	O	L	A	C	■	E	T	A	T	E	■	I	O
4	P	A	R	H	O	N	■	C	A	R	U	N	T
5	A	N	■	I	N	E	L	■	M	O	Ş	I	■
6	I	■	I	S	O	■	G	R	A	S	I	M	I
7	T	I	N	E	R	I	■	U	R	C	■	I	N
8	■	A	V	■	A	M	E	T	E	L	I	■	G
9	P	R	E	Z	B	I	T	I	■	E	■	V	R
10	U	N	C	I	I	■	E	N	E	R	G	I	E
11	S	A	H	A	L	E	■	A	M	O	R	A	S
12	T	■	I	R	■	R	A	■	U	Z	A	T	■
13	I	N	T	E	L	E	P	T	■	A	D	A	M

PIONIERAT FEMININ ÎN MEDICINĂ

Dacă în unele domenii femeia a trebuit să dea adevărate lupte pentru a putea practica profesii ce păreau a fi rezervate numai bărbaților, în privința medicinii rigorile au fost oarecum mai puțin severe, accesul femeii mai puțin stăvilit. La început, totuși, femeia se profila în cele mai multe cazuri pe obstetrică ori pediatrie, acestea părînd a se potrivi mai bine structurii ei. Azi, cînd găsim femei în toate ramurile medicinii, ba chiar titulare de catedră, trecutul de care amintim ni se pare ciudat, dar drumul parcurs pînă aici n-a fost nici ușor, nici lipsit de dificultăți, pe care, din fericire, generațiile din urmă nu au mai fost în situația de a le înfrunta.

Printre numele acelor femei medici, deschizătoare de drumuri, ce s-au impus prin personalitatea lor și remarcabila activitate ce au desfășurat, nu putem omite pe Elena Manicatide. Ea s-a născut în Giurgiu, la 19 mai 1875, a urmat liceul la București, obținînd la bacalaureat cea mai mare notă pe țară. Se înscrie la Facultatea de Medicină, evidențiindu-se dintru început ca un element strălucit. În anul IV se prezintă la concursul de externat, la spitalul Brîncovenesc, calificîndu-se a treia, locul întîi obținîndu-l Dr. Levaditi, savantul de mai tîrziu, iar al doilea — dermatologul Dr. Ștefan Nicolau, profesorul academician de mai tîrziu. Încă de pe atunci Elena Manicatide publică lucrări în revista „Spitalul"[1].

În anul V de facultate Elena Manicatide se prezintă la concursul de internat, unde se califică pe primul loc. Datorită acestui rezultat, Victor Babeș îi oferă postul de preparator la anatomie patologică. Ea continuă să publice articole medicale de mare interes, încît sînt reproduse și de publicații străine[2].

În 1916 o găsim pe Dr. Elena Manicatide șef al serviciului de chirurgie de la Spitalul Brîncovenesc, iar în 1917 conduce serviciul de chirurgie ginecologică, ținînd locul doctorului Doca.

Încă din anul 1914 Elena Manicatide obține titlul de docent, fiind prima femeie care se prezenta la acest examen. În noua ei calitate ea a ținut cursuri la Facultatea de Medicină și la spitalele Brîncovenesc și Filantropia.

Dar în afară de activitatea științifică și profesională, Elena Manicatide depune o susținută luptă pe tărîm social. Împreună cu Dr. Ecaterina Arbore și Dr. Virginia Alexandrescu înființează Societatea „Sprijinul", care pe lîngă faptul că urmărea obținerea drepturilor femeii egale cu ale bărbaților — drepturi egale de muncă și salarizare — avea ca scop imediat ajutorarea femeilor fără profesie. În sensul

[1] Considerații asupra unui caz de hematom traumatic în regiunea parietală dreaptă cu hemiplegie brahiofacială stîngă.
Rev. Spitalul, pag. 808, 1896.

[2] „Klinische therapeutische Wochenschrift", nr. 22—23, 1899.

acesta, în casa pe care o obține (în Str. Barbu Catargiu), înființează ateliere de rufărie și croitorie. În aceeași clădire a înființat o școală de alfabetizare, precum și o școală de infirmiere, la care Elena Manicatide ține cursuri gratuite de farmacologie și igienă. Elena Manicatide dăruiește o mare parte din energia ei acestei societăți, care a funcționat mai bine de douăzeci de ani, pînă în 1927, cînd clădirea a fost cedată Societății „Amicele Tinerelor Fete". Ea a reușit să mai înființeze o societate, „Îndrumarea", în care-și găseau adăpost o sută douăzeci de tinere, trimise serviciului sanitar de tribunalul de minore, sau venite din inițiativă proprie pentru a fi ocrotite și îndreptate spre o viață morală.

Elena Manicatide se stinge din viață în 1963, la optzeci și opt de ani, perfect lucidă, însemnînd în memoriile ei[3]: „A trebuit să vină noul guvern democrat ca să se dea și femeilor drepturi și să se desființeze acea plagă a societății (casele de toleranță) de care profitau speculanții".

O altă figură feminină care s-a afirmat cu prestigiu în lumea medicală este Dr. Elena Atanasiu-Vergu[4], născută la București în 1878. Ea ajunge medic secundar al spitalelor Eforiei devenind o recunoscută specialistă în obstetrică-ginecologie.

Înzestrată cu o neobișnuită putere de muncă uluiește comisia prin vastele ei cunoștințe. În juriul de examinare se găsea și Ernest Juvara. Auzind cîte metode operatorii a știut să-i descrie, acesta a remarcat spiritual: „Eu nu cunosc decît o singură metodă, dar pe aceea știu s-o aplic".

Deși se prezintă strălucit la acest examen, Elena Atanasiu-Vergu e clasificată a doua, primul fiind Dr. Victor Gomoiu. Ea protestează în fața acestei evidente nedreptățiri, pentru a primi din partea profesorului Dr. Toma Ionescu un răspuns ce caracterizează mentalitatea unei epoci: „În serviciul meu am nevoie de un bărbat pe care să-l pot trezi noaptea oricînd, ori dumneata ești femeie și ca atare m-aș simți stingherit să-ți tulbur somnul".

Extrem de muncitoare, bună și îndatoritoare, Dr. Elena Atanasiu-Vergu a constituit un nume în lumea feminină medicală, ca și Dr. Marta Trancu-Rainer, mamoș-ginecolog-chirurg. Aceasta s-a născut la Tîrgul Frumos în 1875, urmînd Facultatea de medicină la Iași și București. Între anii 1916 și 1918 ea a condus secția a II-a chirurgicală a spitalului Colțea. Prin lucrările sale, prin comunicările pe care le face la congresele de specialitate la care participă, prin cultura, inteligența și dinamismul ei, ea a fost una dintre figurile proeminente în lumea medicală de la începutul acestui secol. E de menționat și devotamentul față de soțul ei, savantul Francisc Rainer, căruia a reușit să-i creeze cele mai favorabile condiții de muncă.

Un alt nume ce se distinge încă de la începutul acestui secol ca remarcabilă pediatră este Dr. Constanța Obreja. Ea s-a născut în 1895 la Focșani. După terminarea liceului se înscrie la Facultatea de litere și filozofie de la București, pe care o părăsește pentru a se înscrie după doi ani la Facultatea de medicină. Deși absolventă a numai doi ani de medicină, în 1916 e mobilizată la spitalul de copii din Str. Grigore Alexandrescu. Între 1918 și 1919 se transferă la spitalul Colțea, unde lucrează cu Dr. Marta Trancu-Rainer la secția a II-a chirurgicală. Ea pleacă în 1919 ca bursieră la Paris, pentru a-și termina acolo studiile, echivalîndu-i-se trei ani absolviți în țară. Rămîne la Paris și după ce-și obține diploma, lucrînd timp de un an în clinica de boli contagioase condusă de profesorul Teissier și colaborînd la o serie de lucrări experimentale alături de Dr. Gastinel, viitor profesor. Datorită puterii ei de muncă profesorul Robert

[3] În arhiva familiei.
[4] Fiica tipografului Cucu.

Debré o numește asistentă, în care calitate colaborează cu Maurice Lamy și Henry Bonatt — ambii viitori profesori — lucrările lor fiind publicate în revistele de specialitate[5].

Deși în plin avînt al activității Constanța Obreja revine la București, unde o solicita soțul ei, baritonul Mihail Vulpescu[6], dar nu fără a cere și sfatul profesorului Dr. C. Daniel, care-i scrie printre altele: „Nici o națiune în istorie în ultimii cincizeci de ani nu a prosperat ca noi. Sînt adînc convins de puterea de vitalitate a neamului nostru... de aceea trebuie ca cei mai buni să vină în țară"[7].

Reîntoarsă la București, Constanța Obreja se prezintă la concursul de medic primar și este numită asistentă universitară la Clinica de Puericultură condusă de profesorul Dr. Gane.

În anul 1967 Dr. Constanța Obreja este invitată de profesorul Robert Debré, în calitatea lui de președinte al Congresului de pediatrie de la Paris, să participe la acest congres.

Cu multiplele ei calități și o vitalitate rar întîlnită, pe lîngă energia și pasiunea cu care s-a dăruit meseriei ei, azi cînd se bucură de o pensie personală, continuă încă să publice terminîndu-și în același timp memoriile, care cu siguranță vor constitui un aport la mai buna cunoaștere a personalităților și epocii pe care atît de bine a cunoscut-o.

PETRONELA NEGOȘANU

---

[5] Presse Médicale, 17-III-1926: Annales de Médecine, Nr. 5,1926; Bulletin et Mémoires de la Fac. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1926.

[6] Mihail Vulpescu, căruia Constanta Obreja îi consacră o monografie (Ed. Muzicală 1967) s-a dăruit folclorului românesc cu o rară pasiune.

[7] Arhivele Dr. Constanța Obreja.

un cancer al sportului

DOPAJUL

Tragedii sportive

Presa relatează mai des, în ultimii ani, tragedia sportivului de performanţă, de obicei un ciclist, care, sleit de puteri, se prăbuşeşte pe ultima porţiune a traseului, uneori în imposibilitate de a mai fi reanimat. Din nefericire doar expertiza toxicologică a organelor poate dezlega misterul dramei: nu efortul excesiv a fost cauza, ci stimulentele folosite, adică *dopajul.* Departe de a constitui un apanaj al veacului nostru în care industria farmaceutică oferă nenumărate produse, dopajul este tot atît de vechi cît şi sportul.

În antichitate domnea convingerea că randamentul sportiv poate fi sporit consumînd din carnea animalului dotat cu calităţile fizice dorite: carne de capră pentru săritori, de taur pentru aruncători, de porc pentru luptători. În vechea Americă mestecarea frunzelor de coca era atît de obişnuită în timpul mărşăluirilor lungi şi obositoare, încît una din măsurile de lungime a fost denumită cocadă: distanţa parcursă sub influenţa stimulentă a unei cantităţi de coca. Multe din progresele chimiei şi-au găsit aplicaţii în ultimul război mondial. Nevoia creşterii aptitudinilor fizice şi psihice devin imperioase în special la personalul aeronautic. Piloţii justifică imprecizia misiunilor de seară şi noapte prin limitele acuităţii vizuale. Laboratoarele acţionează în secret şi pun la dispoziţie un remediu care într-adevăr permite aviatorilor să vadă mai bine. După război, preparatul este deconspirat. El devine un izbutit mijloc de tratament al suferinţelor diabetice şi aterosclerotice ale ochiului. Cu timpul se află şi originea lui: extras din frunzele de afin!

Situaţia n-a fost la fel de fericită în combaterea stării de extenuare reclamată îndeosebi de piloţi. Derivate de amfetamină ca Pervitin, Benzedrină, stimulente puternice psihomotorii, produc, într-adevăr, prin excitaţia scoarţei cerebrale, o stare de bună dispoziţie cu luciditate sporită şi prelungită întîrziind apariţia senzaţiei de oboseală. Funcţiile celulelor nervoase cresc, fără să dispună însă de energie în plus, aşa că după cîtva timp se ajunge la faza contrarie de scădere a reflexelor, pierderea autocontrolului şi extenuare. Ameliorarea performanţei atletice este o aparenţă falsă.

Împiedicînd senzaţia de oboseală amfetaminele permit continuarea efortului dincolo de puterile organismului, provocînd alterări în ţesuturi şi organe prin acumularea toxinelor rezultate din efortul muscular excesiv.

Secvenţele dramei toxice sînt mai totdeauna aceleaşi. Iată un caz din ciclism. Înainte de plecare un alergător ia cîteva comprimate de amfetamină, pe parcurs altele, ajungînd la 20. Spre finalul cursei, mereu în frunte, devine agitat, pierde direcţia, se loveşte de colegi şi cade în cele din urmă

extenuat, cu tensiunea arterială prăbuşită. Dopajul cu amfetamină acţionează toxic în două direcţii: cardiovasculară, cu prăbuşirea tonusului vascular şi nervos şi centrală, cu tulburări de tipul nebuniei furioase.

Istoria sportului consemnează o variată succesiune de substanţe dopante. Aşa s-au perindat sub impulsul modei: digitala (tonic cardiac), insulina (hormon antidiabetic), extractul de tiroidă, vitaminele şi stricnina, care au lăsat locul amfetaminelor.

La modă, anabolizantele

Unele din succesele surprinzătoare ale ultimei olimpiade s-au datorat în mod sigur anabolizantelor, derivate ale hormonului masculin testosteronul, cu proprietăţi tonifiante. Mărturisirile unor sportivi de performanţă, la cîtiva ani după competiţii, sînt concludente. „Am fost de două ori campion al lumii la lupte, datorită injecţiilor hormonale". „Mi-am riscat viaţa şi sănătatea", scrie în cartea sa un celebru atlet scandinav. Anabolizantele permit într-adevăr sportivului să ajungă în cîteva luni un „supraom": — creştere rapidă în greutate mai ales pe seama masei musculare, rezistenţă fizică inegalabilă, tonus sporit, euforie - dar... totul trecător. Fibrele musculare hipertrofiate impun tendoanelor, ligamentelor şi articulaţiilor eforturi la care acestea nu pot rezista. Astfel apar rupturi de fascii şi tendoane, deformări articulare ducînd repede la decăderea fizică a atletului. Mai mult! Consecinţele nefaste continuă. Sub acţiunea hormonilor, prostata se hipertrofiază ajungînd la cancer. În 1971 şase aruncători de greutate de peste ocean au fost operaţi de prostată. „Antrenamentele revoluţionare", prin care unii sportivi îşi explicau performanţele, erau în realitate tratamente hormonale generatoare de străluciri efemere. În urma acestor campioni de 1—2 competiţii se aştern tăcerea şi ratarea.

Cum se ajunge la dopaj? Debutantul vine în sport de plăcere, dar competiţiile îi trezesc gustul de a deveni campion şi în consecinţă e dispus să facă orice în acest scop. Bineînţeles că e mai comod de a cîştiga un plus de forţă printr-o injecţie sau pilulă decît printr-un antrenament prelungit şi obositor. În unele cazuri micul „dopaj" sportiv este preludiul drogării de mai tîrziu. Fostul sportiv obişnuit cu drogul care-i aduce o bună dispoziţie devine un dependent al acestuia, întregul său comportament fiind dominat de preocuparea de a şi-l procura. În acest mod personalitatea i se degradează treptat şi el devine un ratat psihic şi social.

Tainele performanţei fizice

Tendinţei de dopaj i se vor opune nu numai măsuri educative, ci şi preocupări pentru creşterea randamentului sportiv printr-un antrenament mai tehnic şi o alimentaţie ştiinţifică.

Studii recente evidenţiază rolul hotărîtor al magneziului şi potasiului în efortul fizic mare. Deficitul acestor elemente duce la o contractură musculară şi totodată la instalarea prematură a oboselii, ceea ce îngreuiază efectuarea mişcărilor. Găsim magneziu în fructele uleioase (alune, nuci, migdale), în ciocolată şi în toate făinoasele.

Potasiul este un element esenţial atît pentru pompa cardiacă centrală, cît şi pentru musculatura periferică. Ni-l oferă îndeosebi citricele, fructele uscate (caise, prune, curmale etc.) şi legumele boabe: lintea, mazărea, fasolea, consumate sub formă de pire-

uri pentru a se îndepărta cămaşa celulozică, mai greu tolerată de intestin. De asemenea potasiu conţin toate zarzavaturile şi legumele. Intuitiv, populaţiile de la munte, obligate la eforturi fizice zilnice, au sesizat valoarea alimentelor bogate în astfel de elemente. Locuitorii Tirolului, recunoscuţi pentru rezistenţa lor fizică, deţin un secret tradiţional care le asigură performanţele montane: pîinea tiroleză, care la o cercetare indiscretă, s-a dovedit a fi de fapt un concentrat de ...fructe uscate şi oleaginoase! Un plus de sare şi lichid înaintea confruntării sportive vor asigura condiţii optime pentru efortul fizic.

Dr. **GH. STOICESCU**

AUZITE PRIN policlinici

— Domnule doctor, ce reţetă îmi **proscrieţi?**

*

— Vecinul meu a fost rănit mortal de o maşină, dar s-a făcut sănătos!

*

— Unde aş putea să-mi fac viteza **sentimentală** a sîngelui?

*

— Mi-a spus doctorul că am **pisicul** nervos!

*

— Sînt suferind de **colicinstită** şi de **conică** renală!

*

— Bine că, din cauza infecţiei, nu mi-a **imputat** piciorul!

*

— Săracul, s-a intoxicat cu **petroxin!**

*

— Murea asfixiat, dacă nu-i făceam eu **inspiraţie** artificială!

*

— Tovarăşe doctor, ce **caschete** pot să iau la tuse **combustibilă?**

*

— Vorbesc greu, doctore, că am **defecţiuni** pe **tranşee!**

*

— Două luni m-a ţinut dentistul pînă ce mi-a **plimbat** măseaua!

*

— La nervii mei pot să iau **Diapazon?**

*

— Bărbatul meu e suferind de **record!**

*

— Eram de faţă cînd maşina l-a călcat pe **piotonul** care nu s-a uitat la **semafon!**

*

— A fost operat ieri de **prostită!**

*

— În cădere, s-a lovit la **paza** craniului!

*

— La analiză a văzut că stă prost cu **leuclocitele!**

*

— De ieri furunculul meu nu mai **sulfurează!**

*

— După icter, am rămas cu **bemolul** crescut!

*

— În fiecare dimineață iau lăptișor de **marcă!**

*

— Am niște dureri **abdominabile?**

*

— Beau sirop de **paragină!**

*

— Lui bărbatul meu i-a pus doctorul mîna ruptă în **cartele!**

*

— Întîi, am fost la policlinicile de pe Popa **Tactu** și **Cheia Rosetti!**

*

— După operație, trei zile am mîncat numai citronadă de **portocale!**

*

— Din greșeală, nepotul meu a dus la gură o sticlă cu acid **fenix!**

V.D. POPA

DIALOGURI NEMEDICALE

— La cabinetul stomatologic nu mai avem bonuri. Veniţi mîine.

— Eternul refren birocratic: vino mîine! Şi eu sînt ca nebun de durerea asta de dinţi.

— Atunci mergeţi la urgenţă, la doctoriţa Georgescu.

— Ce? O femeie? Doar nu sînt nebun să mă dau pe mîna ei. Mai bine vin mîine.

•

— Victore, să ştii că nu te-am invitat la petrecerea asta ca să-ţi cer vreo consultaţie. Totuşi spune-mi, aşa, de curiozitate: tu, ca medic, ce faci cînd ai gripă?

— Strănut.

•

— Nu, vă rog, nu-mi faceţi anestezie înainte de operaţie! Mi-e frică. Mai bine chemaţi-l pe soţul meu.

— ?!

— Cînd începe el să vorbească, adorm imediat.

•

— Şeful meu e serios bolnav. Mi-a spus azi la birou că medicul i-a prescris o dietă foarte severă: un iaurt, un ou fiert şi două mere pe zi.

— Ce-ar fi să-l invităm la masă?

•

— Domnule doctor, sper că nu vă inoportunez tocmai aici, în parc, unde aţi venit ca să vă destindeţi. Dar nu mi-e bine şi n-aş vrea să mă mai deplasez pînă la policlinică. Ştiţi, sînt slăbită, am vertijuri, lipsă de apetit ... N-aţi vrea să-mi prescrieţi ceva?

— Cu plăcere, stimată doamnă. Dar mai întîi trebuie să vă examinez. Dezbrăcaţi-vă!

•

— Eu în locul tău nu m-aş face cardiolog, ci dentist.

— De ce?

— Pentru că inima e una singură, iar dinţii sînt treizeci şi doi.

•

— Nene doctor, vă rog să mă consultaţi şi să-mi spuneţi: dacă am astm, bronşită tabagică şi migrene, ce trebuie să fac?

— Ce tot spui, băieţaş? Cum poţi să ai tu bolile astea?

— Bunicu', tăticu' şi mămica le au. Dar lor le e frică să meargă la doctor şi m-am gîndit să vin eu în locul lor.

•

— Cîte zile de concediu medical îmi daţi?

— Nici una. Eşti perfect sănătos.

— Aşa? Nici una? Ei las' că te reclam eu! Medicina se ocupă de boli, nu? Ce medic eşti dumneata dacă-i spui omului că e sănătos?

VERONICA BERTOLI

A

1	4	7	8	9	4	5	
10	2	5	3	2	11	5	2
4	6	3	5	4	12	4	9
1	2	3	4	13	4	5	14
14	4	9	4	3	8	15	2
15	8	13	16	10	4	9	4
14	8	6	8	17	16	5	1
	18	19	1	2	5	19	6

B

ARITMOGRIF

Înlocuind cifrele prin litere, veţi afla atît pe orizontal, cît şi pe diagonala A—B, noţiuni de osteologie.

Dr. **Nicolae ANDREI**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

PĂTRAT

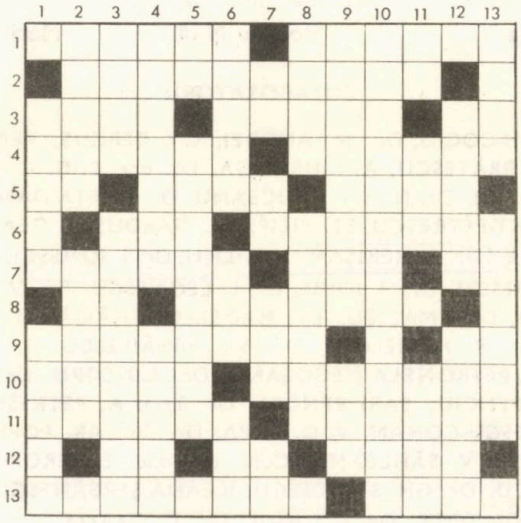
(Orizontal şi vertical)

1) Clar, evident.
2) Reproşuri.
3) Personaj caragialesc.
4) Minerale rare, formate din cupru şi vanadiu.
5) Plan de drum.
6) În legătură cu punctul opus zenitului (fem. pl.).
7) Numele ştiinţific al şarpelui-cu-clopoţei.
8) Primăvăratic (fig.).

Dr. **Nicolae ANDREI**

Dezlegarea jocurilor la pag. 177

DE SENECTUTE



ORIZONTAL: 1) Cîntec bătrînesc — Care este asemănător cu generaţiile mai vechi, fără a fi şi cu părinţii. 2) Slăbirea funcţiilor organice şi psihice, provocată de vîrsta avansată. 3) Curier din moşi-strămoşi — Certifică trecerea anilor — X. 4) Savant român, cu renume mondial, autorul lucrărilor „Biologia vîrstelor" şi „Bătrîneţea şi tratamentul ei" — Cu părul alb. 5) Din salba vremii — Măsoară vîrsta copacilor (sing.) — Oameni bătrîni. 6) Izo — Alimente nerecomandate bătrînilor. 7) Şi ei vor fi bătrîni! — Sui — Inimă de ţînc! — 8) Ave! — Senzaţii neplăcute care survin frecvent în arteriosclerozã. 9) Văd ca bătrînii — Vraci! 10) Unitate monetară pentru metale preţioase (pl.) — Vigoare, forţă fizică (deficitară la bătrîneţe). 11) Braţ mort de apă, la Dunăre (pl.) — Copil gol şi înaripat. 12) În vîrstă! — Răpune! Învechit. 13) Devii cu trecerea anilor — Cel mai bătrîn dintre oameni!

VERTICAL: 1) Lampă din moşi-strămoşi — Băieţaşii pentru cei mai bătrîni. 2) Cunoscută savantă română, specialistă în gerontologie, realizatoarea Gerovitalului — Bătrîneţe (fig.). 3) Bătrînul rege imortalizat de Shakespeare — Îmbătrînit (fig.). 4) Bătrînul tată al lui Enea — Gazete. 5) District! — Vrednic de stimă, de respect, ca omul bătrîn. 6) Ca mersul bătrînului — Pronume — La mulţi, mulţi ani! (pl.). 7) Subit! — Lege! — Vara la Paris — Ape!. 8) Apoplexie (pop.) — Substanţă chimică naturală din grupa flavonelor, utilizată în tratamentul hipertensiunii arteriale. 9) Bunicul (fam., 2 cuv.) — Un fel de struţ din Australia. 10) O boală a bătrîneţii. 11) Cave! — Porţi — La termometru. 12) Deşi îmbătrînesc, rămîn veşnic tinere! — De la tinereţe pîn' la bătrîneţe! 13) Om bătrîn, lipsit de importanţă (fig.) — A pictat apoteoza bătrînului Homer (1780—1867).

Dr. **Nicolae ANDREI**

Dezlegarea jocului la pag. 181

Colectivul de redacție:
Dr. Al. Gheorghiu
Dr. G. Russo

Grafica și coperta: I. Hoștea
Secretar de redacție: Floarea Nițã
Tehnoredactor: Marilena Tomescu

COLABORATORI:

C. ANASTASIU-COCIU, Dr. N. ANDREI, C.I. BERCUȘ, VERONICA BERTOLI, Dr. G. BRĂTESCU, A. CIURUNGA, Dr. doc. EUG. COCIAȘU, LUDMILA COSMOVICI, Dr. farm. I. CRUCEANU, Dr. ANETA DĂNILĂ-MUSTER, Dr. S. DIAMANT-PETRESCU, ST. FILIP, TR. GĂRDUȘ, I. GEANĂ, Dr. GH. M. GHEORGHE, Dr. S. HERIȘAN, V. HÎLMU, Dr. I. IONESCU-TÎRGOVIȘTE, FL. IORDĂCHESCU, Dr. I. JOCU, Dr. I. LEONESCU, Dr. V. LOTREANU, T. MARICARU, D.C. MAZILU, Dr. MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU, Conf. dr. S. MĂNESCU, Dr. VL. MIHĂILESCU, I. MUNTEANU, G. NAVARRA, PETRONELA NEGOȘANU, Dr. I. NEGRU, Dr. O. OPRIAN, Conf. dr. P. PENCIU, ȘARI PENCIU, Dr. farm. A. PETRESCU, Conf. dr. doc. V. PETRESCU-COMAN, V. D. POPA, Dr. doc. AR. POPESCU, Dr. G. RUSSO, Dr. doc. V. SĂHLEANU, Conf. dr. doc. E. SEROPIAN, Prof. dr. C. SIMIONESCU, Dr. GH. STOICESCU, ILEANA ȘERBĂNESCU, G. TEODORESCU, RODICA TOTT, Dr. I. ȚUGUI, Dr. C. ZEANA.

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Nr. colilor de tipar : 12

Combinatul Poligrafic
„CASA SCÎNTEII"
București — R.S.R.
Com. nr. 50301

Lei 12